M18755

75 G

22101613571

BRITISH MEDICAL
ASSOCIATION
CANCELLED

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b20396351

by

Ernest Hart Esq

CHIRURGIE DU PANCRÉAS.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION
CANCELLED

DES KYSTES PANCRÉATIQUES

PAR

Le docteur Jules BŒCKEL,

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX CIVILS DE STRASBOURG,
DIRECTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG,
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (Prix Godard, 1887 et 1889),
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (Prix Chateauvillard, 1890)
ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS (Prix Laborie : Récompense 1889),
CITATION DE L'INSTITUT DE FRANCE (Concours Monthyon : Médecine et Chirurgie, 1889),
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS, ETC.

On connaît peu los maladies du pancréas ;
on no les recherche pas. ARNOZAN.
(Art. *Pancréas* du Dictionnaire
de Dechambre.)

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108
1891

546341

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

Coll.	welMOmec
Call No.	WI800 1891 B66a

M18755

BRITISH MEDICAL Library CANCELLED

DES

KYSTES PANCRÉATIQUES.

INTRODUCTION.

On connaît peu les maladies du pancréas; on ne les recherche pas. ARNOZAN.
(Dictionnaire de Dechambre, Art. *Pancréas*, 1884, t. XX, 2e série, p. 137.)

L'épigraphe placée en tête de cette Introduction prouve que les kystes du pancréas n'ont guère jusqu'ici éveillé l'attention des chirurgiens.

Les classiques sont absolument muets sur ce sujet; c'est tout au plus s'il existe quelques rares documents épars dans les recueils périodiques; la plupart même sont traduits de l'anglais ou de l'allemand. En somme, la littérature médicale française ne possède qu'un nombre fort restreint de travaux afférents à la question. Je n'en peux citer que quatre: Un rapport fort remarquable, mais déjà ancien, de M. Le Dentu, consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique* de l'année 1865; une revue critique plus récente, excessivement courte, de M. Nimier, parue dans les *Archives générales de médecine* (1887); le chapitre très sommaire que lui consacre M. Péan, dans son *Traité des Tumeurs de l'abdomen et du*

bassin; enfin, les quelques lignes que lui accorde M. Tillaux dans son *Traité de chirurgie clinique.*

Ce manque d'un ouvrage d'ensemble un tant soit peu complet sur la matière, constitue assurément une lacune regrettable dans notre littérature.

J'ai cherché à la combler, en publiant dès à présent ce mémoire : *le premier paru en France*, sur ce coin presque inexploré de la pathologie chirurgicale de l'abdomen.

Le moment de reprendre cette étude est, ce me semble, opportun.

Je rappellerai tout d'abord qu'agitée pour la première fois devant l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg, à propos de la thèse de Bécourt (1830), cette question, d'origine française, a été depuis lors à peu près délaissée par les chirurgiens français. Reprise dans ces dernières années par les chirurgiens d'outre Rhin et d'outre Manche, elle a été envisagée sous un aspect tout nouveau et étudiée sous le rapport du traitement dont pourrait la faire bénéficier l'intervention chirurgicale.

Il est donc légitime que nous l'abordions à notre tour dans un écrit français et que nous essayions de la mettre au point de la chirurgie moderne, ce qui n'a pas été fait encore.

C'est là une des considérations qui m'ont engagé à entreprendre ce travail.

Il en est une autre, non moins importante, qui réside dans les progrès incessants de la chirurgie abdominale.

Celle-ci, en effet, voit son domaine s'agrandir de jour en jour. Sans parler de l'ovariotomie, qui a obtenu gain de cause depuis nombre d'années, les opérations les plus graves sont pratiquées journellement; telles sont l'hystérectomie vaginale, la salpingectomie, la néphrectomie, la cholécystectomie, l'entérorraphie, etc. Bref, tout ce qui a trait à l'ouverture du ventre, y compris la laparotomie exploratrice, est aujourd'hui à l'ordre du jour.

Les chirurgiens, enhardis par de nombreux et rapides succès, ont abordé tour à tour presque tous les organes splanchniques.

Le pancréas seul est resté quelque peu déshérité. La rareté de ses maladies, le dédain que l'on a de tout temps mis à les

rechercher, la crainte d'agir sur un organe aussi profondément situé, expliquent l'ostracisme dont il a été l'objet jusqu'à ce jour.

M'étant trouvé aux prises avec un cas fort embarrassant de tumeur abdominale, prise à tort pour un kyste pancréatique, alors qu'il s'agissait d'un kyste ovarique, je me suis mis à étudier de plus près ces kystes si éminemment rares.

C'est le résultat de mes recherches que je désire faire connaître dans ce travail. A côté de certains faits obscurs, dont l'interprétation me paraît aujourd'hui bien établie, j'ai cherché à mettre en lumière plusieurs points nouveaux ou mal connus. Si cette étude pouvait être de quelque utilité à ceux qui s'occupent de chirurgie abdominale, mon but serait atteint.

Voici tout d'abord l'observation à laquelle je viens de faire allusion.

Observation personnelle.

Kyste ovarique à siège insolite, pris pour un kyste du pancréas. Le diagnostic n'est fait qu'au cours de la laparotomie. Extirpation du kyste. Guérison[1].

Lindenberger, Madeleine, 22 ans, entre dans le courant du mois d'avril 1881 à l'hôpital civil de Strasbourg (service de médecine de M. le docteur G. Lévy).

Elle donne sur ses antécédents les détails suivants : Pas de maladie antérieure; accouchement normal il y a quatre mois (fin décembre), après une grossesse normale, au cours de laquelle se développa une hernie crurale gauche, qui, l'accouchement effectué, se réduisit spontanément pour ne plus reparaître depuis. Cette hernie, au dire de la malade, aurait été occasionnée par un coup de pied reçu dans le ventre.

---

1. Cette observation a déjà été publiée in *Gazette médicale de Strasbourg,* 1885, n° 1, p. 5; j'en résume ici les traits les plus saillants.

En février L. fut subitement prise de violentes douleurs dans l'abdomen, accompagnées de fièvre, de constipation et de vomissements bilieux. Ne pouvant plus marcher, la patiente s'alita et peu à peu ces symptômes diminuèrent d'intensité. Pendant ce temps le ventre avait augmenté de volume, si bien que madame L. se décida à entrer à l'hôpital. Des examens répétés, en vue de faire le diagnostic, firent éclater des symptômes de péritonite aiguë, avec température atteignant 40°. Le processus inflammatoire fut enrayé au moyen de la glace et de l'opium. Quelques jours après cette crise, on constata dans l'hypocondre gauche une tumeur bien apparente, dure, bosselée, adhérente à la paroi latérale de l'abdomen et grosse comme deux forts poings d'adulte. En même temps une assez forte quantité de liquide ascitique fut décelée par la palpation du ventre.

Jugeant que le cas rentrait plus particulièrement dans le domaine de la chirurgie, M. G. Lévy fit évacuer sa malade au service de M. E. Bœckel (29 avril 1882).

Etat actuel le 1er mai 1882. La partie latérale gauche de l'abdomen est occupée par une tumeur arrondie, grosse comme une tête d'enfant environ, assez dure, rénitente, mate à la percussion. Elle est située dans l'hypocondre gauche à 5 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes, puis s'étend le long d'une ligne horizontale, passant à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, qu'elle déborde du côté droit de 5 centimètres. Elle descend dans la fosse iliaque jusqu'au voisinage de l'arcade de Fallope, dont elle est séparée par une zone sonore, correspondant à des anses intestinales. Le bord droit de la tumeur paraît festonné; à gauche elle n'a pas de limites bien précises; elle se prolonge en arrière jusque vers la région rénale. Fluctuation prononcée. Ascite appréciable. La pression est douloureuse, surtout quand on cherche à relever la tumeur de bas en haut. Elle jouit d'une certaine mobilité; sa surface paraît vaguement bosselée.

Le toucher vaginal révèle un col mobile dans tous les sens; le toucher combiné avec la palpation abdominale ne permet pas de distinguer l'utérus, qui est recouvert par la tumeur. Culs-de-sac du vagin libres. Les autres organes sont sains. Pour établir le diagnostic M. E. Bœckel fait quelques jours plus tard une ponction aspiratrice avec l'appareil de Potain et retire un litre et demi d'un liquide filant, analogue à la salive, ce qui éveille en nous l'idée d'une tumeur pancréatique; l'analyse chimique toutefois n'y révèle pas trace de pancréatine. Le diagnostic reste indécis; on songe à un kyste du mésentère ou du rein; le siège et les

rapports de la tumeur semblent exclure un kyste ovarique. La malade est mise en observation.

Trois mois se passent sans incident notable; la tumeur se développe lentement. Dans les premiers jours d'août, on fait une nouvelle ponction et on évacue trois litres d'un liquide légèrement brunâtre et filant. M. E. Bœckel, partant pour la campagne, me charge de son service à partir du 2 août. Il est convenu entre nous que je pratiquerai la laparotomie exploratrice et que, si selon toute probabilité je n'arrivais pas à extraire le kyste, je l'ouvrirais, le désinfecterais et le suturerais à la paroi abdominale.

Comme il n'y a aucune urgence à intervenir pour le moment, j'ajourne l'opération jusqu'au 7 septembre.

Opération le 7 septembre 1882. Précautions antiseptiques habituelles avant et pendant l'opération. Spray. Sont présents: MM. les docteurs A. Goguel, de Paris, P. Meyer, Müller et Hueter; MM. Frey et Scheffer, internes du service. Chloroformisation. Incision de la ligne blanche, longue de 16 centimètres, commençant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et passant par le milieu de la cicatrice ombilicale. Le péritoine incisé, un flot de liquide ascitique, sanguinolent, s'échappe en assez grande abondance; puis la tumeur se présente sous forme d'une masse arrondie, bleuâtre; à droite de la ligne blanche elle présente un lobe fluctuant, qu'on ponctionne avec un trocart de moyenne grandeur: écoulement d'un litre environ d'un liquide assez limpide, non filant. Introduisant la main dans le ventre, je cherche à extraire le kyste; des adhérences existant du côté gauche s'y opposent; il faut préalablement s'en débarrasser. Plusieurs d'entre elles sont fibreuses, peu vasculaires; d'autres contiennent des vaisseaux, sur lesquels on jette des ligatures perdues au catgut. Une adhérence très large avec le grand épiploon, nécessite la résection d'une notable portion de ce repli, après plusieurs ligatures perdues. Pendant ces manœuvres on constate que la tumeur est multiloculaire et ressemble à un kyste ovarique; des adhérences latérales et postérieures, ne permettent pas toutefois d'établir un diagnostic précis. Attirant le kyste en avant, on ponctionne une deuxième loge fluctuante, située à gauche de la ligne blanche et contenant un liquide clair, très visqueux, renfermant des coagulums blanchâtres. On essaye d'extraire la tumeur, mais une adhérence très large et très dense, située dans le flanc gauche, qu'elle occupe dans toute sa hauteur, s'y oppose d'une façon

absolue. On agrandit la plaie à ses deux extrémités à 20 centimètres ; les tractions qu'on exerce sur le kyste sont vaines : rien ne cède, si ce n'est un petit kyste, dont la paroi se rompt et dont le contenu visqueux se répand dans le péritoine. On l'extrait à l'aide d'éponges phéniquées neuves. Ne pouvant me résoudre à faire une opération incomplète, je me décide, séance tenante, à fendre la paroi abdominale en travers, pour me donner du jour et pour libérer les adhérences. Je fais, sur le milieu de la première incision, une incision transversale de 11 centimètres, s'étendant vers le flanc gauche et comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale; quelques artérioles musculaires sont saisies et liées. Les lèvres de la plaie étant convenablement écartées, on aperçoit, au niveau du point de jonction de la paroi antérieure avec la paroi latérale de l'abdomen, une adhérence fibreuse blanchâtre, étalée sur la surface du kyste, qu'elle unit très intimement au péritoine pariétal. Elle ne paraît contenir aucun vaisseau; je la divise à coups de ciseaux, sans la moindre hémorragie, sur toute sa hauteur. Cela fait, j'arrive enfin à passer la main derrière le kyste et à l'attirer au dehors.

Le diagnostic n'est fait qu'à ce moment; il s'agit d'un kyste ovarique gauche, très longuement pédiculé, dont le siège insolite peut avec assez de raison être attribué à la grossesse. En effet, l'ovaire gauche, remonté avec l'utérus pendant cette période, a été maintenu dans cette région par des adhérences épiploïques et pariétales étendues, développées sous l'influence du traumatisme dont j'ai parlé (coup de pied) et a continué dans cette nouvelle position à prendre un développement pathologique.

Le pédicule long de 15 centimètres, large à peine d'un travers de doigt, est lié circulairement à l'aide d'un fil de catgut n° 2. Le kyste est enlevé à 2 centimètres en avant; puis quelques vaisseaux béants sur la surface du moignon, sont liés directement. Toilette rapide du péritoine. Opération terminée comme d'habitude. Suites normales. Guérison définitive et exeat au bout de trois semaines.

PLAN.

Voici le plan que je compte suivre :

Dans un premier chapitre je ferai *l'historique* de la question.

M'appuyant sur les quelques rares documents recueillis dans la littérature médicale, je traiterai dans les chapitres suivants de l'*étiologie*, de l'*anatomie pathologique*, des *symptômes* et de la *marche* de cette affection.

Dans le chapitre quatrième j'aborderai l'étude, si pleine de difficultés, du *diagnostic*. Je n'aurai que peu de mots à dire du *pronostic*, qui ne comprendra qu'un court paragraphe. Le *traitement opératoire* fera l'objet du chapitre cinquième.

C'est une question entièrement neuve, qui jusqu'à ce jour n'a été traitée dans aucun écrit spécial.

Je la développerai par conséquent avec tous les détails qu'elle comporte.

Les observations de kystes du pancréas, opérés par l'un ou l'autre des procédés étudiés au chapitre précédent, non encore décrites dans le corps de ce travail, formeront, à titre de pièces justificatives, la substance du sixième et dernier chapitre.

CHAPITRE I.

HISTORIQUE.

Sommaire. — Travaux du dix-huitième siècle et du commencement du dix-neuvième siècle, relatifs à l'anatomie pathologique du pancréas. — Bécourt (1830) décrit les deux premiers cas de kystes du pancréas, bien et dûment confirmés par l'autopsie. — L'histoire des kystes pancréatiques date en réalité de cette époque. Elle s'étend par conséquent sur une suite de soixante ans et comprend deux périodes : 1° période anatomique et clinique (1830 à 1881); 2° période chirurgicale ou contemporaine.

A. *Période anatomique :* travaux d'Engel, de Crampton, etc. — Observations de Le Dentu, de Lediberder, Janeway, Zeemann et Oser, etc.

B. *Période chirurgicale :* Observations de Thiersch, Bozemann, Kulenkampf, Gussenbauer, Senn, Koatz, Salzer, Wölfler, Annandale, etc.

Bien que le pancréas, en tant qu'organe, fût connu dès la plus haute antiquité, comme l'attestent les écrits d'Hippocrate[1], de Galène, d'Hérophile[2], les fonctions qui lui étaient dévolues ne furent nettement établies que vers l'an 1642.

Wirsung venait de découvrir le canal qui depuis porte son nom; bientôt on reconnut que la glande en question jouait un rôle spécial dans les phénomènes de la digestion.

Ce ne fut toutefois que vers le milieu du dix-huitième siècle que l'on s'occupa sérieusement de la physiologie et de l'anatomie pathologique du pancréas, comme le prouvent les travaux de Behr[3], de Vloot[4], de Morgagni[5], de Lieutaud[6], de

---

1. Hippocrates, περι ἀδενων. Éd. Kühn, vol. I, p. 491.
2. Galenus: περι σπερματος. Ibid., vol. IV, lib. II, cap. 6.
3. G. H. Behr, *De pancreate*, etc. Argentorat., 1730.
4. H. Vloot, *Dissertatio de pancreate*, 1733.
5. Morgagni, *De sedibus et causis morborum*. Ed. II. Patav., 1765.
6. Lieutaud, *Histor. anat. medic.* Éd. Schlegel. Longosaliss, 1786.

Conradi[1]. En même temps la pathologie de cet organe fut étudiée par une série d'observateurs zélés et consciencieux, parmi lesquels je citerai Holdefreund[2], Büchner[3], Barforth[4], Rahn[5] et Siebold[6].

Au commencement du dix-neuvième siècle, nombreux sont les savants qui s'intéressent à ce sujet. Je ne ferai que mentionner Horless[7], Schmackpfeffer[8], Haygorth[9], Eyting[10], Portal, Cruveilhier[11]. On trouve décrits dans les ouvrages de ces différents auteurs un certain nombre de cas pathologiques plus ou moins bien observés, tels que pancréatite aiguë ou chronique avec ses différents modes de terminaisons; ce qui manque à la plupart de ces observations et ce qui en diminue la valeur, c'est le contrôle de l'autopsie.

Je n'en dirai pas autant des cas où l'anatomie pathologique est venue confirmer le diagnostic, qui, il faut bien le dire, n'était que rarement posé, ni de ceux où l'autopsie seule a fait découvrir quelque altération du pancréas, méconnue pendant la vie. Sous ce rapport quelques-uns des faits recueillis par nos prédécesseurs sont remarquables.

A côté de la pancréatite, nos devanciers ont décrit l'hypertrophie, l'atrophie, l'induration cartilagineuse, la transformation graisseuse du pancréas, le squirrhe, le cancer et les concrétions inorganiques; ils semblent avoir entièrement ignoré les kystes.

---

1. Conradi, *Handbuch der pathol. Anatomie.* Hannover, 1796.
2. Holdefreund, *De pancreatis morbis diss.* Halæ, 1713.
3. Büchner, *De damnis ex male affecto pancreatis.* Halæ, 1759.
4. Barforth, *Dissertatio de morbosis pancreatis affection.* Lund, 1779.
5. Rahn, *Scirrhosi pancreatis diagnosis.* Göttingen, 1796.
6. Siebold, *Historia systematis solivalis.* Iena, 1797.
7. *Ueber die Krankheiten des Pancreas,* 1812, broch.
8. Schmackpfeffer, *Observ. de quibusdam pancreatis morbis.* Halle, 1817.
9. Haygorth, *Transact.*, etc. 1818, vol. 2.
10. Eyting, *Journal de Hufeland,* avril 1822.
11. *Essai sur l'anatomie pathologique,* tome Ier

C'est Bécourt[1] qui, dans une thèse fort remarquable pour l'époque, mentionne les deux premiers cas de kyste du pancréas. Ces faits sont trop importants pour être passés sous silence dans cet aperçu historique.

Voici le résumé de la première observation de cet auteur:

Observation de Bécourt.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, observée par Stœrck, saine d'ailleurs, qui fut saisie tout à coup et sans cause connue d'un vomissement très violent pendant que ses règles coulaient, ce qui les arrêta. Il s'ensuivit de la gêne dans la respiration, le froid des extrémités et de fortes palpitations de cœur. (Large saignée; médicaments anti-émétiques; lavements.) Cette médication amena un peu de mieux, mais les palpitations et les anxiétés subsistaient encore : la malade s'étant levée, les mouvements donnèrent à ces symptômes un caractère alarmant; en même temps on commença à sentir au-dessous de l'estomac des pulsations qui répondaient à celles du cœur; la moindre nourriture augmentait la dyspnée. Divers remèdes restèrent sans succès. A l'époque suivante les règles ne parurent pas. Dès lors les pulsations au-dessous de l'estomac devinrent plus violentes, et on reconnut à cet endroit une tumeur rénitente. (Seconde saignée; nouvelle amélioration.)

Les symptômes ne tardèrent pas à se reproduire avec plus de violence: la malade sentait un poids incommode dans la région épigastrique, qui ne diminuait que quand elle était couchée et qu'elle inclinait le corps en avant. Les hypocondres et l'épigastre étaient durs et tendus; le pouls inégal. Point de selle sans lavement. Peu de sommeil. (Rob de sureau; petit-lait en boisson.) Ce traitement réussit, et pendant trois mois et demi la malade se trouva dans un état assez satisfaisant. Tout à coup ses forces baissèrent; elle eut plusieurs vomissements bilieux et des selles de même nature; la tumeur s'accrut: en peu de temps la mort survint.

Autopsie : L'estomac, l'épiploon et les intestins étaient déplacés et comprimés. *Le pancréas était tellement volumineux*

---

1. Bécourt, *Recherches sur le pancréas, ses fonctions, ses altérations organiques.* (Thèse de Strasbourg, 1830.)

et pesant, qu'il dépassait le poids de treize livres. En l'ouvrant on vit que ce n'était plus qu'un sac rempli d'un sang en partie granuleux, en partie coagulé et commençant à s'organiser. L'auteur se demande si, par l'effet du violent vomissement, une artère moyenne du pancréas n'a pas été rompue, si le sang épanché n'a pas transformé l'organe en ce vaste sac.

Le second fait rapporté par cet auteur a trait à une pièce pathologique, conservée au Musée de Strasbourg, dont on ne connaît pas les détails cliniques. C'est un kyste du volume d'une tête d'enfant de 4 ans, développé dans le corps et la queue du pancréas. Ses parois sont fibreuses, blanchâtres, très résistantes, de l'épaisseur d'une ligne. La tête de l'organe paraît être restée saine.

Ces deux faits constituent les deux premiers cas de kystes pancréatiques, bien et dûment constatés.

Depuis lors les observations sont devenues plus fréquentes. Mais ce n'est guère que dans ces toutes dernières années que les faits se sont multipliés, grâce aux progrès accomplis en anatomie pathologique, grâce aussi au nombre croissant des opérations pratiquées sur l'abdomen. L'histoire des kystes du pancréas est par conséquent toute moderne. Nous avons fait le relevé d'un certain nombre de cas de kystes pancréatiques. La plupart toutefois, tout en étant fort instructifs au point de vue de l'anatomie pathologique, ne nous serviront guère pour retracer l'histoire clinique de l'affection en question. Ce n'est qu'incidemment qu'on les a rencontrés et notés au cours de certaines autopsies, sans qu'ils eussent en rien manifesté leur présence pendant la vie. Bien plus, les quelques rares symptômes, assez mal définis, d'ailleurs, qu'ils avaient déterminés, avaient été mal interprétés et rapportés le plus souvent à la maladie qui les avait engendrés. Ces kystes que j'appellerai *symptomatiques,* ne constituaient, en quelque sorte, qu'un épiphénomène de l'affection primordiale; ils ne m'occuperont guère dans ce mémoire.

Quant aux kystes indépendants, *idiopathiques,* c'est-à-dire développés en dehors de toute autre affection, le nombre en est encore fort restreint.

En effet, sur les 38 cas de kystes pancréatiques que j'ai recueil-

lis dans la littérature médicale et qui n'ont été reconnus qu'à l'autopsie, 12 fois seulement le kyste s'est formé de toutes pièces, 26 fois il a pris naissance sous l'influence de maladies diverses, parmi lesquelles le carcinome occupe le premier rang.

A ces 12 cas de kystes indépendants, il convient d'en ajouter 32 autres, où l'on est intervenu chirurgicalement; ce qui porte à 44 le nombre des faits connus. Ces 44 observations se répartissent sur une suite de 60 ans, qu'on peut diviser en deux périodes. La première va de l'année 1830 à l'année 1881; elle correspond à l'étude anatomique et clinique des kystes du pancréas. (*Période anatomique.*)

Avec l'année 1881 nous inaugurons une ère nouvelle, celle de l'intervention chirurgicale, appliquée pour la première fois, avec succès, par Thiersch et bientôt après par Bozemann.

Depuis lors, un certain nombre de chirurgiens y ont eu recours avec plus ou moins de bonheur, comme nous le dirons dans la suite. C'est la période que je désignerai sous le nom de *Période chirurgicale.*

Voici maintenant par ordre chronologique les faits qui se rapportent à ces deux époques.

A. Période anatomique.

Après la thèse si complète de Bécourt, il nous faut attendre dix ans avant de voir paraître un nouvel ouvrage sur les kystes du pancréas.

Engel en 1840 reprend la question, et dans un mémoire inséré dans les *Medic. Jahrbücher des österreichischen Staates* (XXIII, S. 418, etc.) nous donne la relation de trois faits qui intéressent notre sujet. Il s'agit dans deux cas d'une dilatation du canal de Wirsung en arrière de l'obstacle, qui réside dans une coudure de ce canal; dans un troisième cas, de vésicules de la grandeur d'un pois, au nombre de 8, disséminées dans l'épaisseur de la glande.

En 1842 *Crampton* (*Birmingh. Path. Society,* dec. 1842) trouve à l'autopsie d'un sujet mort à l'hôpital un kyste du pancréas arrondi, méconnu pendant la vie; il contenait un liquide séro-sanguinolent.

Hjelt in *Schmidt's Jahrb. der gesammt. Medicin* (157) et *Hoppe* (in *Virchow's Arch.*, XI) décrivent quelques années plus tard des dilatations kystiques analogues, nées sans doute sous l'influence d'une hyperplasie du tissu cellulaire avec formation consécutive de tissu fibreux résistant, due à une pancréatite localisée au pourtour de l'embouchure du canal excréteur.

L'observation que M. *Anger* a publiée dans le *Bull. de la Soc. anat. de Paris* (1865, 2e série, t. X, p. 192), a trait à un kyste sanguin, un hématome, de la dimension d'une tête d'enfant, qu'il rencontra à l'autopsie d'un sujet de 72 ans. Le contenu de ce kyste, qui occupait la queue du pancréas, provenait sans nul doute de la rupture de quelque vaisseau à l'intérieur d'un kyste plus petit, préexistant depuis de nombreuses années et consécutif à un traumatisme ancien (fracture de côtes à gauche, pendant l'enfance).

Dans un remarquable rapport sur l'observation précédente, M. Le Dentu, alors aide d'anatomie à la Faculté de médecine, nous apporte un nouvel exemple de kyste pancréatique, observé sur un sujet mort à l'Hôtel-Dieu de Paris. Ce fait, renfermant un enseignement pratique de la plus grande utilité, mérite d'être transcrit intégralement.

Observation de M. Le Dentu.

Un homme de 26 ans, charretier, entre, le 3 février 1862, à l'Hôtel-Dieu. Il raconte que, deux mois et demi avant son admission à l'hôpital, il a reçu un coup de timon à la partie antérieure de l'abdomen; qu'un vomissement a suivi immédiatement l'accident, et qu'il a été obligé d'interrompre ses occupations pendant trois semaines. Il souffrait de douleurs assez vives et intermittentes vers l'hypochondre droit et l'épigastre. Après avoir éprouvé quelque rémission dans les symptômes, il recommence à souffrir; ses digestions deviennent difficiles, elles sont accompagnées d'envies de vomir et de diarrhée. Pendant ce temps, le malade maigrit et sa constitution s'altère.

A son entrée, on constate, au-dessous des fausses côtes droites, une tumeur fluctuante, limitée inférieurement par un bord tranchant, qui simule parfaitement celui du foie, par sa consistance

et sa direction. Au-dessous, la sonorité reparaît à gauche, la ligne de matité s'arrête aux limites de l'épigastre et de l'hypochondre.

Le chef de service diagnostique un kyste séreux du foie, probablement enflammé à la suite du traumatisme signalé plus haut.

Le 7 février, au moment de la visite, le malade éprouve une douleur subite dans l'abdomen; on s'aperçoit que sa tumeur a en partie disparu, et que, à la place qu'elle occupait, la percussion produit un son hydroaérique. Bien qu'aucune évacuation particulière n'ait eu lieu par l'anus, on conclut des phénomènes observés que le kyste s'est ouvert dans le péritoine, et que le son hydroaérique indique, sans doute, une communication ancienne ou récente de la tumeur avec l'intestin. Un traitement énergique est institué (calomel à doses fractionnées, frictions d'onguent napolitain sur l'abdomen), pour prévenir la péritonite; celle-ci se produit, mais peu intense. Elle disparaît en trois jours, et cette circonstance est invoquée à l'appui du diagnostic qui avait établi la nature séreuse du liquide de la tumeur. Peu à peu le kyste se reforme, et les choses reviennent à leur premier état; le bruit hydroaérique ne se perçoit plus.

Alors le chef de service, encouragé par un succès complet récemment obtenu par la méthode de Récamier dans le traitement d'un abcès du foie, se décide, un peu à contre-cœur, à attaquer de la même façon la tumeur de ce second malade. On fait, à des intervalles de deux ou trois jours, cinq applications de potasse caustique, et, le 7 mars, on fait une ponction au fond de l'eschare. Il s'écoule quatre à cinq cuillerées d'un liquide muqueux, mélangé du sang de la plaie. Aussitôt, le malade tombe dans un état d'anxiété extrême; des douleurs intenses se déclarent dans l'abdomen. Une heure après, une péritonite existait, et, au bout de deux jours et demi, le malade succombait.

A l'autopsie, on découvre que le foie est parfaitement sain, que l'eschare correspond à la face antérieure de l'estomac, qu'il n'y a point d'adhérences entre cet organe et la paroi abdominale, bien que la mortification des tissus soit arrivée jusqu'au péritoine. L'estomac est repoussé en avant par une tumeur grosse comme une tête de fœtus de neuf mois, qui s'en sépare facilement par la dissection, mais qui a, avec le pancréas, des connexions intimes. La glande ne paraît pas beaucoup diminuée de volume; mais elle est étalée sur la face postérieure de la tumeur, et il est impossible de l'en isoler. La production morbide a pris naissance dans le corps du pancréas; le canal de Wirsung, appliqué sur le kyste, peut être suivi sans peine jusqu'à l'intestin. Le canal cholédoque

et les vaisseaux hépatiques ne présentent aucune altération. Quant à la péritonite, elle est des plus manifestes.

Vue extérieurement, la tumeur a une forme régulièrement sphérique; à l'intérieur, ses parois ont un aspect grenu et une coloration rosée. Elles sont d'apparence fibreuse, et ont près d'un demi-centimètre d'épaisseur. Dans un point, se voit un petit cul-de-sac, vestige probable de la perforation qui s'était faite quelques jours auparavant.

Se basant sur son observation et sur une quinzaine de cas déjà connus à cette époque, M. Le Dentu pose les premiers jalons de l'histoire des kystes pancréatiques. Son rapport constitue une monographie fort remarquable; mais, comme le dit l'auteur, « l'histoire complète de cette affection ne saurait être faite encore. Il faut attendre pour cela que des faits nouveaux aient jeté plus de jour sur la question ».

Notons encore dans le même recueil un exemple, rapporté par *Cornil* (1863), de kystes multiples du pancréas, variant de la grosseur d'un pois à une petite noix et produits par la dilatation d'un certain nombre d'acinis.

Le cas de *Klebs* (*Handb. der path. Anat.*, 1876, I, 2, S. 552), analogue à ceux de Hjelt et Hoppe, est intéressant au point de vue anatomique.

La thèse de *Bonamy* (*Étude clin. sur les tumeurs du pancréas*, Paris, 1879) renferme deux observations, dont l'une de *Lediberder* a été communiquée à la Société anatomique en 1867, dont l'autre a été publiée par Janeway (in *New-York med. Journ.*, 1878). Elles concernent toutes deux des cas de dégénérescence fibro-kystique du pancréas et n'offrent que peu d'intérêt au point de vue clinique.

En 1880 *Zeemann* et *Oser* ont l'occasion de faire l'autopsie d'une femme atteinte d'un kyste pancréatique, pris à tort pour un kyste ovarique (obs. rapportée par Salzer in *Prag. Zeitsch. für Heilkunde*, 1880).

Ce cas est le premier où nous voyons un kyste pancréatique volumineux, donner lieu à des considérations diagnostiques. Nous y reviendrons en temps et lieu.

Viennent ensuite, après la thèse de *Masseron* (*Thèse de Paris*, 1882), que je dois mentionner ici, les articles de nos

deux dictionnaires. Celui de *Mollière* (*Dict. de Jaccoud*) est des plus sommaires en ce qui concerne les kystes. Celui d'*Arnozan* (*Dict. de Dechambre-Lereboullet*, t. XX, 2e série) est beaucoup plus étendu. La préface de son travail est un véritable cri d'alarme. Qu'on en juge par ces quelques lignes :

« Au point de vue clinique, dit-il, le pancréas est une glande un peu déshéritée. On connaît peu ses maladies, on ne les recherche pas; et bien qu'il ne paraisse jouir d'aucune immunité à l'égard des lésions qui peuvent affecter les autres viscères et en particulier les autres glandes, on est fort en peine de dire s'il est plus souvent atteint que le foie, la rate ou les reins, par la raison bien simple qu'on dédaigne de le regarder dans la plupart des nécropsies. »

S'appuyant sur les quelques faits publiés, il ébauche en quelques lignes ce qui a trait aux kystes du pancréas; c'est un résumé de l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, résumé forcément sommaire, attendu que la littérature est encore très pauvre en matériaux suffisants pour édifier l'histoire de cette affection si rare.

Je citerai encore une observation de *Baudach* (*Ueber Angioma myxomatosum des Pankreas*. Inaug.-Dissert. Fribourg, 1885) se rapportant à un kyste de la grandeur d'une orange, renfermant un liquide trouble séro-sanguinolent, rencontré à l'autopsie d'un phtisique; un cas plus récent de *Nichols* (*New-York med. Journ.*, vol. XLVII, p. 576) et j'en aurai fini avec l'énumération des faits se rapportant à cette première période.

Quelques-uns de ces documents présentent, comme on a pu en juger, un réel intérêt au point de vue anatomo-pathologique; aussi me seront-ils très utiles sous ce rapport. Au point de vue clinique, ils n'ont, si j'en excepte l'observation si complète de M. Le Dentu, qu'une valeur fort limitée, absolument nulle même dans quelques cas. De diagnostic il n'a été question qu'une seule fois (Zeemann et Oser); ce qui n'a pas lieu de nous surprendre, car la lésion n'a été reconnue la plupart du temps que fortuitement; quant à l'histoire même de la maladie, le plus souvent elle est restée inconnue, vu le petit volume des kystes, l'impossibilité de les

reconnaître, le peu de symptômes auxquels ils ont donné lieu et la difficulté d'interpréter ceux qui étaient plus marqués d'une manière satisfaisante.

Il n'en est pas de même des faits qui appartiennent à la période contemporaine. Grâce aux progrès sans cesse croissants, aux méthodes d'investigation plus perfectionnées, aux interventions plus fréquentes, le jour tend à se faire; et quand bien même la science est loin d'avoir dit son dernier mot, je crois qu'en présence des observations que l'on possède actuellement, on peut tenter d'entreprendre avec quelques chances de succès une étude plus complète de cette affection.

Comme je l'ai dit, *il n'existe pas de travail d'ensemble* sur le sujet en question; c'est donc une lacune dans notre littérature. Je me suis efforcé de la combler, en m'appuyant non seulement sur les faits précédents, mais encore sur ceux que j'ai recueillis dans cette nouvelle période. Il me suffira d'une simple énumération, pour montrer le chemin parcouru dans ces toutes dernières années.

B. Période chirurgicale.

J'ai recueilli trente observations de kystes pancréatiques (non compris les faits de Le Dentu et de Dixon) traités chirurgicalement par l'une ou l'autre des méthodes que je décrirai plus loin.

En voici l'énoncé:

La première observation est due à *Thiersch*. Elle est relatée très sommairement in *Berl. Klin. Woch.*, 1881, n° 40. Vient ensuite une observation très détaillée de *Bozemann*. C'est la première où l'on ait tenté avec succès l'extirpation d'un kyste du pancréas. Mais, comme je le ferai remarquer plus loin, les circonstances étaient des plus favorables et la réussite était certaine d'avance. Les opérations se succèdent et chaque année nous apporte un fait nouveau. C'est d'abord *Kulenkampf* qui dans un mémoire étendu (*Berl. Klin. Woch.*, 1882, n° 7) nous rend compte des difficultés qu'il eut pour poser le diagnostic d'une tumeur abdominale dont la nature

ne fut révélée que plusieurs jours après l'opération, grâce à des analyses chimiques successives. Le mécanisme de production du kyste fait également l'objet de considérations importantes sur lesquelles nous aurons à revenir dans la suite.

Gussenbauer (douzième congrès de la Société allemande de chirurgie, 1883), *Dixon* (*New-York medic. Record*, mars 1884), *Riedel* (quatorzième congrès de la Société allemande de chirurgie, 1885) nous apportent les années suivantes de nouveaux exemples de kystes opérés, le premier avec succès, les autres avec mort.

Senn en 1885 (*Amer. Journ. of med. sc.*, July 1885) ajoute un fait de plus aux précédents. L'année suivante, ce même auteur fait paraître un ouvrage sur les maladies du pancréas (*The Surgery of the pancreas or bond upon experiments and clinic. Remarks*, 1886) et un article sur le même sujet inséré dans *Reprinted from the Transactions of the American medic. Associat.*, April 29. Philadelphia, 1886. Un chapitre spécial a trait aux kystes; la partie expérimentale de ce traité, entièrement inédite, mérite d'être étudiée.

Viennent ensuite par ordre chronologique les observations de *Koatz*[1], le mémoire très complet de *Salzer*[2], les opérations de *Zukowski*[3], de *Hahn*[4], de *Küster*[5], de *Steele*[6], de *Bull*[7].

Puis la thèse de *Kühnast*[8], qui renferme un exemple de

---

1. Koatz, *Operation einer Pancreascysle*, etc. Dissertat. (Marburg, 1886.)

2. F. Salzer, *Zur Diagnostik der Pancreascysle.* (*Prager Zeitschrift für Heilkunde*, 1886, n° 1.)

3. Zukowski, *Pancreascyste. Laparotomie. Tod.* (*Prager Vierteljahrsschrift*, 1886, n° 1.)

4. Hahn, rapport par Kramer. *Ein Fall von Pancreascyste* in *Centralblatt für Chirurgie*, 1886, n° 2.

5. Küster, *Zur Diagnose und Therapie der Pancreascyste* in *Berl. Klin. Woch.*, 1887, p. 9.

6. Steele, *Kyste du pancréas.* (*The Chicago med. Journ. and Examiner*, 1888.)

7. Bull, *Kyste pancréatique traité avec succès par l'incision et le drainage.* (*New-York medic. Journ.*, vol. XLVI, p. 376.)

8. Kühnast, *Ueber Pancreascysten.* Inaug.-Dissert. Breslau, 1887.

tumeur kystique, non diagnostiquée pendant la vie. Cette observation très étendue fait la base du travail de Kühnast, intéressant par les considérations anatomiques et diagnostiques auxquelles il se livre. J'en dirai autant de la thèse de *Hagenbach*[1]; cet auteur, témoin d'un cas d'iléus consécutif à un hématome du pancréas, opéré à la clinique de Socin, de Bâle, étudie les complications des maladies du pancréas et le traitement opératoire qu'on peut leur appliquer. C'est un point de vue nouveau qui jusqu'ici n'avait pas attiré l'attention de ses prédécesseurs.

Les observations de *Subotic*[2], *Wölfler*[3], *Lardy*[4], *Fenger*[5], *Annandale*[6], et d'une dizaine d'autres chirurgiens cités plus loin, terminent la liste des travaux de cette période. Les cas de Wölfler, de Lardy, de Bull, de Senn, de Tremaine, de Karewsky, de Riegner, sont les seuls qui aient été reconnus d'avance; tous les autres ont donné lieu à des erreurs de diagnostic, sur lesquelles je m'étendrai dans un chapitre spécial.

---

1. Hagenbach, *Ueber complicirte Pancreaskrankheit*, etc. Inaug.-Dissert. Leipzig, 1887.

2. Subotic, *Ein operirter Fall von Pankreascyste.* (*Wien. med. Zeitg.*, 1887, nos 23 et 24.)

3. In *Zeitschr. f. Heilkunde*, Bd. IX, p. 119.

4. Lardy, *Ueber Pankreascysten.* (*Correspondenzbl. f. schw. Aerzte*, 1888, 1er mai.)

5. Fenger, *On a case of traumatic Cyst on the Pankreas.* (*Med. Journ. and Examiner*, Febr. 1888.)

6. In *Brit. med. Journal*, 1889, 9 juin.

CHAPITRE II.

ÉTIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Sommaire. — I. Kystes symptomatiques : Ils n'offrent que peu d'intérêt au point de vue chirurgical. — Affections qui leur donnent naissance. — Altérations de la glande pancréatique consécutives à ces kystes.

II. Kystes idiopathiques.

Classification : A. *Kystes purulents :* Observation nouvelle de Rosenbach.

B. *Kystes hydatiques :* Leur excessive rareté. — Causes de cette rareté.

C. *Kystes hémorragiques* ou *hématomes :* Leur étiologie. — Le traumatisme est le facteur le plus important sous le rapport étiologique. — Preuves à l'appui. — Mécanisme qui préside à la formation des hématomes. — Opinions des différents auteurs à ce sujet.

D. *Kystes proprement dits :* Étiologie. — Différentes variétés : Kystes glanduleux de Cruveilhier ; grenouillette pancréatique de Virchow, etc.

Siège des kystes pancréatiques. — Fréquence suivant le sexe, l'âge. — Forme et volume. — Situation. — Rapports avec le péritoine et les organes voisins. — Phénomènes de compression qu'ils exercent sur ces organes. — Constitution anatomique des kystes : Poche kystique. — Contenu du kyste : Composition chimique et propriétés du liquide kystique.

Il n'est guère possible de séparer l'étude des causes qui donnent lieu à la formation des kystes du pancréas de celle de leur anatomie pathologique.

L'étiologie, en effet, bien qu'obscure dans la plupart des cas, peut cependant dans d'autres rendre compte de la genèse de ces kystes, de leur développement, de leur constitution intime, de leurs rapports avec les organes voisins.

C'est pourquoi j'ai traité ces deux questions connexes dans un seul et même chapitre.

Pour bien limiter mon sujet, j'établirai tout d'abord une distinction entre les *kystes idiopathiques* et les *kystes symptomatiques* d'une des affections dont le pancréas peut être le siège. Comme ces derniers sont généralement d'un volume moindre, qu'ils ne sont guère susceptibles d'être reconnus, encore moins d'être opérés, je les exclurai de mon travail et n'en dirai que quelques mots.

I. KYSTES SYMPTOMATIQUES.

On en a cité un grand nombre d'exemples; le plus souvent ils sont sous la dépendance d'un carcinome du pancréas, comme le prouvent entre autres les observations consignées dans la thèse de Kühnast (*loc. cit.*), celles de Bamberger[1], Battershy[2], Cruveilhier[3], Duponchel[4], Engel[5], Friedreich[6], Sauter[7]; d'autres fois ils sont dus à une cirrhose du pancréas, comme dans les cas de Pepper[8], Rühle[9], Biermer[10] (in Kühnast) et résultent de la compression exercée sur le canal excréteur ou l'une de ses branches par le tissu néoplasique ou inodulaire. La lithiase pancréatique peut également leur donner naissance. On en trouve des exemples dans les faits de Bécourt[11], de Galeati[12], de Gross[13] (de Philadelphie), de Recklinghausen[14], de Clark[15], etc.

---

1. *Virchow's spec. Pathol. u. Therapie,* VI, 1, 1855, p. 679.
2. In Ancelet, *Études sur les maladies du pancréas.* Paris, 1866.
3. *Loc. cit.*
4. *Soc. médic. d'émulat.,* 1824, et Ancelet, *loc. cit.*
5. Engel, *loc. cit.*, p. 415.
6. Ziemssen, *Handbuch der spec. Path. u. Therapie,* VIII, 2, p. 251.
7. Sauter, *Zwei Fälle von Carcin. des Pankreas.* Dissert. Berlin, 1874.
8. *The medic. Times,* 1871.
9. In Orth, *Dissert.* Bonn, 1883, S. 15.
10. In Kühnast, *loc. cit.*
11. *Loc. cit.*
12. *Comment. acad.* Bonon., IV, 1757.
13. Boston Society, 1847, p. 174.
14. *Virchow's Arch.*, XXX, p. 360 et 362.
15. *Lancet,* 1851.

Les concrétions pierreuses que l'on rencontre quelquefois sous forme de véritables calculs (Recklinghausen) bouchent la lumière du canal excréteur ou des canaux accessoires et produisent en arrière de l'obstacle des dilatations d'étendue variable, suivant le volume des pierres et l'obstruction plus ou moins complète des canaux. Généralement on a affaire à des kystes de petit volume; cependant Galeati (*loc. cit.*) a rencontré un kyste ayant les dimensions d'un œuf de poule et Recklinghausen (*loc. cit.*) une tumeur kystique de la grandeur d'une tête d'enfant, occasionnée par la présence d'un calcul du volume d'une fève.

Certaines affections des organes voisins peuvent également, par un mécanisme facile à comprendre, engendrer des kystes du pancréas; tels sont les calculs biliaires, enclavés dans le canal cholédoque près de son embouchure dans le duodénum, comme dans l'observation de Patruban[1]; le catarrhe du duodénum, les tumeurs de cet organe: nous en trouvons des exemples dans les ouvrages de Virchow[2].

Je rappellerai que les altérations produites du côté de la glande pancréatique par ces différentes causes d'obstruction et notamment par les calculs, sont analogues à celles que M. Berger vient de décrire tout récemment pour la glande sous-maxillaire, dans les cas de lithiase salivaire[3], à celles que MM. Arnozan et Vaillard ont trouvées chez le lapin à la suite de la ligature du canal de Wirsung[4], et à celles que dès l'année 1876 MM. Charcot et Gombault ont observées et consignées dans leurs remarquables expériences sur les altérations du foie consécutives à la ligature du canal cholédoque[5].

---

1. Virchow-Hirsch, *Jahresbericht,* 1878, p. 239.

2. Virchow, *Würzburger Verhandlungen,* III, 1852, S. 366, et Virchow, *Die krankhaften Geschwülste.*

3. P. Berger, *Sur les altérations de la glande sous-maxillaire, consécutives à la lithiase biliaire.* (*Bull. et Mém. Soc. chir. de Paris,* t. XV, 1889, p. 599.)

4. *Contribution à l'étude du pancréas du lapin. Lésions provoquées par la ligature du canal de Wirsung.* (*Arch. physiol.*, 3e série, t. III, p. 287, 1884.)

5. *Arch. de physiologie,* 2e série, t. III, p. 272, 1876.

Ces altérations, communes à toutes les glandes dans les conditions précitées, se caractérisent : 1° par la dilatation considérable de tout le système des canaux excréteurs; 2° par la sclérose du tissu conjonctif intra-lobulaire; 3° par la disparition, l'atrophie plus ou moins complète de l'élément glandulaire.

Ce n'est pas sur les différents faits que je viens de rappeler ici d'une façon sommaire, que je compte m'appesantir. Ceux que j'ai en vue sont d'un ordre tout différent. Ils ont trait aux kystes indépendants de toute lésion voisine.

II. KYSTES IDIOPATHIQUES.

Je diviserai les kystes idiopathiques en quatre variétés :

1° Les kystes hémorragiques ou hématomes.
2° Les kystes proprement dits.
3° Les kystes purulents.
4° Les kystes hydatiques.

Les hématomes et les kystes proprement dits sont de beaucoup les plus importants. Ce sont eux que je vise tout spécialement dans ce travail.

Les kystes purulents et les kystes hydatiques, infiniment plus rares, ne m'occuperont guère.

Je me bornerai à retracer leur histoire en peu de mots; et pour n'avoir plus à y revenir dans la suite, c'est par eux que je débuterai.

A. Kystes purulents.

Les kystes purulents du pancréas sont rares; ils succèdent le plus souvent à l'inflammation aiguë du pancréas; quelquefois ils sont métastatiques. Ils peuvent acquérir de grandes dimensions.

Mourlou (cité par Péan[1]) nous a fait connaître l'observation d'une jeune fille morte de gastro-entérite, chez laquelle le pancréas était réduit à l'état d'une vaste poche purulente close de toutes parts.

---

1. Péan, *Tumeurs de l'abdomen et du bassin*, t. I, p. 108. Paris, A. Delahaye, 1880.

Bouz (ibid.) a vu un grand kyste purulent s'ouvrir dans l'abdomen et la mort s'ensuivre à bref délai. *Bœring* cite un cas analogue avec rupture du kyste dans le mésocôlon.

Lorsque le kyste a contracté des adhérences avec l'un des organes creux situé dans le voisinage, son contenu peut se déverser dans ces organes; la guérison survient alors par un mécanisme analogue à celui dont nous sommes témoins dans les collections purulentes périmétritiques, ouvertes dans la vessie ou le rectum. *Gaultier* (ibid.) a relaté un fait de kyste rompu dans l'estomac et *Hoggart* une observation où le kyste s'est vidé par l'intestin.

A ces quelques cas, déjà anciens, j'en ajouterai un plus récent, observé par *Rosenbach.*

Observation de Rosenbach.

Abcès du pancréas ayant entraîné une occlusion intestinale. Laparotomie. Mort.

(Onzième Congrès de la Soc. allem. de chir. in *Centralbl. f. Chirurgie*, 1882, supplément au n° 29, p. 66.)

Femme de 57 ans. Depuis huit semaines elle est sujette à une constipation opiniâtre, accompagnée de douleurs. Bientôt surviennent des vomissements porracés. Collapsus.

L'hypocondre et le flanc gauches sont météorisés. A la partie inférieure de l'estomac et derrière cet organe on constate une tumeur fluctuante, grosse comme une tête d'enfant. Elle descend jusque près du détroit supérieur et semble absolument fixe.

Les lavements forcés étant demeurés sans résultat, on pratique la laparotomie par une incision verticale, puis transversale de la paroi abdominale. Après avoir écarté le côlon transverse, Rosenbach cherche à isoler la tumeur; son pourtour est infiltré. On n'arrive pas à dégager l'estomac. La tumeur déchire et donne issue à un liquide trouble, fétide. Le chirurgien vide la poche et la suture à la peau. Le péritoine n'est pas souillé. L'ouverture du kyste est alors élargie et celui-ci désinfecté et drainé.

Mort au bout de six heures.

Autopsie. — Nécrose du pancréas, qui avait donné naissance à un abcès situé derrière l'estomac.

L'occlusion intestinale avait été produite par compression.

B. Kystes hydatiques.

Les kystes hydatiques sont d'une rareté telle, que la science en possède à peine quelques exemples. Ce qui rend compte de leur rareté dans cet organe, c'est la situation spéciale du pancréas derrière l'arrière-cavité des épiploons. Le chemin qu'ont à parcourir les embryons pour arriver au pancréas est donc fort long.

En effet, après avoir passé de l'intestin du chien dans celui de l'homme par transport direct, comme je l'ai établi dans un mémoire sur les kystes hydatiques du rein[1], les œufs du ténia peuvent, d'après *Neisser*[2], suivre différentes voies pour infecter l'économie. Elles sont au nombre de quatre :

1° Les germes traversent les vaisseaux chylifères et se rendent dans les ramifications de la veine-porte : c'est ce qui explique la fréquence des kystes hydatiques du foie et la participation constante du foie dans les cas de kystes multiples.

2° Ils pénètrent dans les lymphatiques du mésentère et s'y fixent (kystes du mésentère).

3° Ils circulent dans le réseau lymphatique capillaire, arrivent dans des vaisseaux de plus en plus gros et de là se rendent dans les cavités séreuses (la communication de ces cavités avec les réseaux lymphatiques a été démontrée pour le péritoine par Recklinghausen, Ludwig, pour la plèvre par Dybkromsky), en donnant naissance aux kystes hydatiques du péritoine, de la plèvre.

4° Au lieu de s'arrêter dans les lymphatiques du mésentère, les œufs traversent ces vaisseaux pour se rendre dans le canal thoracique, la veine jugulaire et le cœur droit; de là ils pénètrent dans l'artère pulmonaire et engendrent les kystes hydatiques du poumon. Mais ils peuvent continuer leur trajet à travers les veines pulmonaires, pénétrer dans le cœur

---

1. J. Bœckel, *Étude sur les kystes hydatiques du rein.* Paris, Alcan, 1887. (Ouvrage récompensé par l'Académie de médecine, concours du prix Godard, 1887.)

2. Neisser, *Die Echinococcenkrankheit.* (Broch., 1877.)

gauche et de là dans la circulation générale. C'est de cette façon que, par l'intermédiaire des artères coronaires, se développent les kystes hydatiques du cœur; par celui des autres branches de l'aorte, les kystes du cerveau, des muscles striés, de la rate, du pancréas et finalement du rein.

La voie qu'ont à parcourir les échinocoques pour arriver au pancréas est donc fort longue : aussi s'arrêtent-ils le plus souvent en chemin. C'est là l'explication qui me semble la plus rationnelle pour expliquer la rareté des kystes pancréatiques.

Les seuls faits signalés dans la science appartiennent à *Chambon de Montaux*, qui, d'après Bécourt (*loc. cit.*), rencontra un kyste de ce genre à l'autopsie d'une femme morte d'une fièvre lente; à *Portal* (ibid.), qui en trouva, au cours d'une autopsie également, à l'extérieur du pancréas, sous une fausse membrane qui le recouvrait.

Masseron (Kystes hydatiques multiples de l'abdomen, th. de Paris, 1881) ajoute à ces deux faits, trois observations empruntées à *Turner* et *Hunter*; ces deux auteurs ont trouvé chacun un kyste hydatique adhérant au pancréas; *Meissner* en aurait vu un dans le pancréas même.

Enfin, j'ai trouvé dans la première observation de Engel (cité par Kühnast), la relation d'une autopsie où l'on découvrit dans le tissu cellulaire interlobaire, un amas de vésicules (6 à 8), rondes, de l'aspect d'une mûre, contenant une sérosité transparente et renfermées dans une poche de la grandeur d'une noisette. Il y avait des kystes analogues dans le cerveau, les reins et d'autres organes. L'auteur qui rapporte cette observation, émet l'opinion qu'il s'agissait peut-être d'hydatides.

C. Hématomes.

L'étiologie, en ce qui concerne plus spécialement les hématomes, rend compte de leur mode de formation, de leur développement, de leur constitution anatomique. C'est le plus souvent à la suite d'un traumatisme qu'ils prennent naissance. J'ai recueilli 15 observations sur 30 où cette cause peut être invoquée.

Le traumatisme, sans doute, n'est pas toujours direct, toujours récent : il ne s'en forme pas moins une tumeur kystique, dont l'origine peut lui être imputée. Sous ce rapport certains cas dont le début est brusque, peuvent s'expliquer ainsi. L'observation de Bécourt, citée plus haut, est instructive à cet égard.

Une femme en pleine santé est prise à l'époque de ses règles d'un vomissement tellement intense que le sang cesse de couler. Il se forme bientôt une tumeur à l'épigastre; la malade meurt et on constate un kyste volumineux du pancréas renfermant du sang coagulé dans son intérieur. L'auteur se demande avec raison si pendant le vomissement une artère moyenne du pancréas n'a pas été rompue, si le sang épanché n'a pas transformé l'organe en ce vaste sac. C'est une opinion qui paraît fort plausible.

Dans l'observation de M. Le Dentu, le traumatisme est également en cause, comme l'admet ce chirurgien lorsqu'il dit: « Je ferai remarquer que dans mon observation l'affection du pancréas était, sans aucun doute, assez ancienne et que le traumatisme lui a donné un coup de fouet.»

Le cas de M. Th. Anger, intitulé : Kyste sanguin du pancréas (*loc. cit.*) me semble également militer en faveur de l'influence du traumatisme sur la production du kyste. Il s'agit d'un homme de 72 ans, qui plusieurs années avant son admission à Beaujon avait reçu sur la base du thorax une pièce de fonte. Atteint de bronchite, d'hydrothorax et d'hydropéricarde, il meurt (1er mars 1865). A l'autopsie, on trouve une tumeur du pancréas de la grosseur d'une tête de fœtus, fluctuante. Elle renferme une quantité considérable de sang liquide, noirâtre et en outre du sang coagulé récemment. La surface interne du kyste est inégale, réticulée, parcourue par des brides incomplètes. On voit des diverticulums communiquant avec le kyste principal par plusieurs ouvertures, etc.

Voici comment M. Anger explique la pathogénie de ce kyste :

« Dans son origine ce n'était qu'une simple dilatation d'un cul-de-sac glandulaire. Peu à peu la poche, en se distendant, a comprimé et atrophié les lobules voisins. Le stroma fibreux de ces lobules, plus résistant, a persisté et formé ces cloisons

réticulées que nous avons décrites à la face interne. Quelques-unes de ces cloisons, plus faibles, se seront rompues et le kyste de séreux est devenu sanguin.

Il est une autre explication vraisemblable. A la suite du traumatisme, un épanchement sanguin a pu se produire dans le pancréas; puis cet épanchement se serait enkysté, refoulant autour de lui le tissu pancréatique et s'en formant pour ainsi dire une enveloppe.»

Dans les faits que je viens de citer et parmi lesquels je rangerai encore ceux de *Fenger*, de *Cathcart*, de *Riegner*, de *Karewsky*, etc., le traumatisme semble avoir joué le rôle principal, le rôle unique dans la formation du kyste. Rien avant les différents accidents dont je viens de parler et qui consistaient généralement en une chute violente, en un choc reçu à la base du thorax, rien, dis-je, n'avait décelé le moindre indice de maladie, la moindre tumeur; c'est au bout de quelques semaines, deux ou trois mois au plus, que celle-ci se révèle au malade ou au médecin. Il est donc tout naturel dès lors d'admettre qu'un trauma récent peut devenir la cause occasionnelle de l'affection en question. Mais il se peut qu'un traumatisme plus ancien agisse dans le même sens et amène dans le pancréas des altérations qui aboutissent à la formation d'un kyste. Les cas de *Steele*, de *Küster* semblent le prouver; bien que dans l'observation de Steele treize ans et dans celle de Küster huit ans se soient écoulés depuis l'époque du traumatisme jusqu'à celle de l'apparition de la tumeur, il nous faut bien admettre, faute de meilleure preuve, cette seule et unique influence.

Disons enfin que la grossesse a été notée une seule fois (*Koatz*) comme cause déterminante; ici encore on peut faire intervenir les efforts de vomissement, les efforts au moment du travail, pour rendre compte de la formation du kyste.

Segre (de Milan), qui a étudié la question à ce point de vue spécial, n'accorde qu'une bien minime importance à la grossesse, dans l'étiologie des kystes pancréatiques. En effet, sur un grand nombre de kystes trouvés à l'autopsie de cadavres morts dans les hôpitaux de Milan, il note 88 cas concernant des hommes et 39 des femmes, la plupart de 40 à 70 ans. Or, à partir de 40 ans, la grossesse est presque une rareté.

Sans attacher, par conséquent, plus d'importance à ce point qu'il ne mérite, j'ai néanmoins voulu le signaler[1].

Il s'agit maintenant d'établir la relation qui existe entre le traumatisme et le kyste; en d'autres termes d'étudier le mécanisme qui préside à sa formation.

Un fait qui frappe tout d'abord, c'est la présence constante d'une quantité variable de sang plus ou moins coagulé dans l'intérieur de la poche kystique. Pour expliquer sa présence, on a songé tout naturellement à la rupture d'un vaisseau au sein de la glande pancréatique. Il se forme donc tout d'abord un épanchement dans la substance glandulaire; le sang, refoulant autour de lui le tissu pancréatique, comprime ce tissu, en amène l'atrophie, tandis qu'il est renfermé dans une cavité dont les parois s'organisent pour former finalement un kyste. Cette opinion peut aisément se soutenir; elle cadre bien avec les observations qui assignent au traumatisme le rôle d'agent producteur.

Il ne faudrait pas admettre toutefois que le fait d'un hématome entraîne nécessairement l'idée d'un choc antérieur. Celui-ci peut, en effet, manquer et le contenu du kyste n'en est pas moins, la plupart du temps, sanguinolent, voire même sanglant. Le sang ou le liquide plus ou moins altéré qui en renferme les éléments et que l'on trouve dans la plupart des kystes du pancréas en dehors de tout trauma, n'implique donc pas forcément l'idée d'un traumatisme antérieur. Il peut, en effet, avoir une origine différente.

Voici, à cet égard, une hypothèse qui a été mise en avant par Gussenbauer.

L'observation sur laquelle il s'appuie, a trait à un homme de 40 ans, pris de catarrhe stomachal à la suite d'un copieux repas. Peu de temps après, G. s'aperçoit de la présence d'une tumeur kystique, à développement rapide, dans la région de l'estomac. Il l'opère et reconnaît alors seulement qu'il s'agit d'un kyste pancréatique à contenu sanguinolent. En ce qui concerne l'étiologie de cette tumeur, Gussenbauer ne peut

---

1. Segre, *Studio clinico sui tumori del Pancreas* in *Annali universali di medic. et chirurg.*, vol. 283, p. 847, 1888.

rien dire de positif; il émet l'opinion d'un mélanome primitif du pancréas, qui, étant soumis à l'action digestive continue du suc pancréatique, aurait subi la transformation kystique; le sang proviendrait, dans les cas de ce genre, de la rupture secondaire de quelques vaisseaux de calibre moyen, ou bien encore, comme dans le fait de Th. Anger, de la rupture de quelque cloison intra-kystique, par un processus analogue à celui que l'on constate dans les kystes hémorragiques de l'ovaire. Il se peut alors qu'un kyste primitivement séreux devienne sanguin par l'un ou l'autre des mécanismes indiqués.

Enfin, l'opinion de Salzer (*loc. cit.*) se rapproche jusqu'à un certain point de celle de Gussenbauer. Pour cet auteur, le sang proviendrait sans nul doute de l'action corrosive du suc pancréatique sur les éléments de la glande, étant donnée la préexistence d'une poche kystique. Avec Klebs (*Handb. der path. Anat.*, Berlin, 1876) il admet, que de même que le suc gastrique, agissant sur une paroi stomachale malade, entraîne l'hémorragie et détermine l'ulcère rond, de même le suc pancréatique, agissant sur le pancréas altéré, est susceptible de déterminer une hémorragie plus ou moins abondante.

Dans certains cas cette dernière est telle, que la mort, plus ou moins immédiate chez quelques malades, peut être foudroyante chez d'autres.

Parsons (*Brit. med. Journal,* June 1857) a relaté une observation de kyste pancréatique terminé par mort subite, chez un sujet de 60 ans; à l'autopsie on trouva un kyste allongé en forme de boudin, s'étendant jusqu'au voisinage de la fosse iliaque et aboutissant, en arrière du côlon descendant, à une excavation remplie de sang frais.

Pepper (in *The medic. Times,* 1871) a cité un fait analogue chez un malade de 45 ans.

Plus récemment *Challand* et *Rabow* (*Berl. klin. Woch.*, 1878, n° 13) ont décrit une nouvelle observation où la mort fut précédée pendant 13 jours d'un collapsus, lié à la production d'une hémorragie dans l'intérieur d'un kyste du pancréas.

Ces trois derniers faits, auxquels j'en pourrais ajouter quelques autres, rentrent dans la catégorie des kystes que

certains auteurs ont appelés *kystes apoplectiques*. Bien qu'ils ne prêtent à aucune considération chirurgicale de quelque intérêt pratique, je tenais à en faire mention dans ce chapitre.

Quelle que soit l'interprétation que l'on donnera aux faits que je viens de signaler, il n'en reste pas moins avéré, qu'un traumatisme, quel qu'il soit, peut déterminer la formation d'un hématome pancréatique; mais il peut donner naissance également, bien que plus rarement, à un kyste séreux simple: à preuve le cas de *Senn*, où le liquide retiré par la ponction est légèrement trouble, visqueux, ne renferme que quelques éléments cellulaires, mais pas de globules rouges, et celui de *Kulenkampf*, où le liquide est clair comme de l'eau de roche; dans ces deux observations on peut admettre qu'une simple transsudation séreuse, sans hémorragie à proprement parler, s'est opérée dans la profondeur de l'organe et y a déterminé la formation du kyste.

En dehors de cette cause étiologique, nous devons avouer que nos connaissances sur la pathogénie des kystes pancréatiques sont encore fort vagues. Salzer, à propos de son observation, note le rapport qui existait entre la fièvre typhoïde et l'inflammation du pancréas, constatation que *E. Hoffmann* et *Friedreich* avaient d'ailleurs faite de leur côté, et *Wölfler* attribue l'origine du kyste qu'il a observé et traité, à une gastro-entérite, sans attacher toutefois à cette cause une importance bien grande.

Les rapports du pancréas, et notamment de sa tête, avec l'intestin, permettent cependant, il me semble, d'établir une relation directe entre les inflammations du duodénum et le développement des kystes de cet organe; l'inflammation se propageant du duodénum au pancréas par l'intermédiaire de son canal excréteur. Celui-ci, en effet, en s'enflammant, diminue de calibre, s'oblitère plus ou moins et empêche l'écoulement du suc pancréatique, selon le degré d'obstruction. En arrière de l'obstacle ainsi créé, se fait une accumulation de liquide, qui dilate les canaux excréteurs, et entraîne finalement la formation d'une tumeur kystique. C'est ainsi que prennent naissance les kystes proprement dits, que je vais maintenant étudier.

D. Kystes proprement dits.

Il est généralement admis aujourd'hui que les kystes proprement dits sont des kystes par rétention. En un point quelconque du canal de Wirsung ou d'un canalicule accessoire, il se fait, ainsi que je viens de le dire, une obstruction plus ou moins complète, et bientôt le kyste se trouve formé. L'obstruction elle-même relève tantôt d'une coudure du canal pancréatique, comme dans un cas rapporté par Engel (voy. Kühnast, *loc. cit.*), tantôt d'un état catarrhal, le plus souvent de la présence d'un néoplasme, de calculs, de tissu fibreux de nouvelle formation.

Il existe plusieurs variétés de ces kystes.

Cruveilhier le premier a signalé d'une manière précise l'existence de kystes auxquels il a donné le nom de *kystes glanduleux*[1].

A l'ouverture du cadavre d'un individu mort d'un ictère, survenu sans cause connue, le savant professeur s'aperçut que la face antérieure du pancréas était soulevée par une tumeur considérable, qui contenait une assez grande quantité de liquide transparent et séreux ; sa surface interne présentait des rides ou plis transversalement dirigés, assez nombreux, et de petites ouvertures. Cette poche, allongée dans le sens du grand diamètre du pancréas, n'était pas un kyste séreux, comme on l'avait cru tout d'abord, mais bien le canal pancréatique, prodigieusement distendu et dont l'orifice duodénal était fortement comprimé par une dégénérescence squirrheuse de la tête du pancréas. La tumeur comprimait aussi la partie inférieure du canal cholédoque, d'où la dilatation de ce canal, la rétention de la bile et l'ictère.

Cornil[2] décrit ainsi les dilatations et les kystes du pancréas : Les dilatations du canal de Wirsung sont plus ou moins régulières avec des bosselures le long du conduit principal, et elles présentent la forme de dilatations sacciformes ou sphériques dans les conduits secondaires qui pénètrent jusqu'à la

---

1. *Loc. cit.*
2. Cornil, *Manuel d'histologie pathologique*. Paris, F. Alcan, 1876.

surface de la glande. Il en résulte que la partie gauche ou moyenne du pancréas peut présenter à sa surface des tumeurs saillantes qui paraissent être des kystes absolument sphériques et limités de toutes parts par une membrane. Mais en les ouvrant, on reconnaît habituellement avec facilité la communication d'une pareille dilatation avec le conduit principal par un trajet plus ou moins étroit.

Quant à déterminer le siège précis de ces tumeurs, ce n'est pas toujours chose aussi facile qu'il semblerait de prime abord. Plus le kyste est volumineux, plus il est difficile de résoudre la question; plus il est petit, plus la solution du problème est aisée.

Virchow[1], qui a bien étudié ces kystes, les décrit sous le nom de *grenouillette pancréatique* (*ranula pancreatica*), par analogie avec la grenouillette linguale; il préfère cette dénomination générale, attendu qu'elle ne préjuge en rien de la nature et de l'origine souvent fort obscures de ces productions pathologiques.

A preuve de ce qu'il avance, il décrit une pièce de l'Institut anatomo-pathologique de Berlin fort curieuse, mais en même temps fort embarrassante.

C'est une poche grosse comme une tête d'adulte, à parois très épaisses. L'aspect de ce kyste permet d'établir nettement qu'il est situé entre l'estomac et le pancréas. En effet, d'un côté il y a adhérence entre l'estomac et la paroi du kyste, de l'autre, il est aisé de reconnaître *macroscopiquement déjà* la présence de tissu pancréatique sur une grande étendue.

« Mais », dit Virchow, « je n'ai pas la preuve que ce kyste a pris naissance dans le canal pancréatique. Les parties voisines sont comprimées et refoulées, et elles adhèrent entre elles de telle façon que je ne peux dire que ceci: le kyste est situé exactement à l'endroit où il devrait être placé s'il avait pris naissance dans le canal de Wirsung. »

Il ajoute encore ceci: « Je ne veux pas affirmer que le kyste, sans plus ample informé, doit être considéré comme une ectasie: il est, en effet, un fait spécial, dont il faut tenir compte

1. *Ueber ranula pancreatica.* (*Berl. klin. Woch.*, 1887, n° 14.)

et que je ne saurais encore interpréter à l'heure actuelle. Voici : En faisant une coupe de la préparation, on voit que la paroi se dédouble partout avec facilité en deux membranes distinctes : l'une, externe, très dense, très adhérente aux organes voisins ; l'autre, interne, également assez épaisse, adhérant en général si peu à la précédente, qu'on pourrait la prendre pour une membrane hydatique. Il n'en est rien toutefois ; c'est une membrane fibreuse, organisée comme les tissus fibreux chez l'homme, et qui par place se confond avec la précédente. »

Pour les kystes de petites dimensions, on peut établir nettement, dans la grande majorité des cas, qu'ils procèdent du canal pancréatique. C'est ainsi que sur une préparation anatomique, présentée par Virchow à la Société de médecine de Berlin le 16 mars 1887, on voit à l'intérieur d'un pancréas, d'apparence extérieure normale, une série de *poches* à parois lisses, *en forme de rosaire.* Dans ce cas il est évident qu'il s'agit d'une dilatation du canal de Wirsung dans toute sa longueur. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que la dilatation ne s'étend pas à tous les canalicules ; à côté de l'ectasie du canal principal on trouve une série de canaux, d'aspect et de calibre normaux. Le tissu pancréatique est sain d'ailleurs. Par-ci par-là on rencontre dans ce tissu des vésicules pas plus grosses qu'une tête d'épingle, remplies d'une substance gélatineuse, transparente, riche en albumine.

On peut rapprocher de cette dernière altération, celle qu'a décrite *Klebs* sous le nom d'*acne pancreatica.* Elle consiste en de nombreux petits kystes, dus à une inflammation catarrhale des canalicules excréteurs et à leur obstruction par des bouchons muqueux, dont le contenu est tantôt clair, tantôt jaunâtre.

A côté de ces dilatations en forme de rosaire il y a les *ectasies enkystées,* que l'on rencontre dans des régions fort différentes de la glande ; elles peuvent même, comme le prouve un cas de Virchow, prendre naissance sur une glande accessoire. On sait qu'il existe quelquefois plusieurs glandes accessoires, ayant chacune son canal spécial. Or, l'un de ceux-ci peut subir la dilatation sous l'influence d'une des causes énon-

cées plus haut et former un kyste séparé, bien indépendant du pancréas lui-même, qui est alors sain.

Les rapports entre le siège de l'obstacle et la forme du kyste sont intéressants à noter. Suivant Klebs (*loc. cit.*), lorsque le rétrécissement siège au niveau de l'embouchure du canal de Wirsung, on observerait la dilatation en rosaire, décrite plus haut, laquelle n'est, du reste, qu'une exagération de ce que l'on rencontre à l'état normal.

Lorsqu'il y a acné pancréatique, c'est que les canalicules accessoires seraient bouchés; lorsqu'enfin l'obstacle siège sur un point quelconque du canal principal, mais à une certaine distance de son embouchure, il y aurait production d'un kyste plus ou moins volumineux.

Les quelques autopsies qui visent spécialement cet organe, semblent venir à l'appui de l'opinion défendue par Klebs.

Nous avons vu dans les pages précédentes que les kystes pancréatiques se développent soit aux dépens d'un ou de plusieurs culs-de-sac glandulaires, soit aux dépens du canal de Wirsung; la trame celluleuse de l'organe peut également, bien que le fait ne soit pas positivement établi encore, leur servir de point d'origine.

Le pancréas peut être détruit dans sa totalité et transformé alors en une vaste poche kystique, comme dans l'observation de Janeway citée plus haut. D'autres fois des portions de glande saines et parfaitement capables de sécréter persistent; souvent ces portions non envahies par la dégénérescence sont atrophiées et indurées.

Siège.

Relativement à leur siège, M. Le Dentu indique le corps de la glande comme étant leur lieu de prédilection; puis vient la queue; la tête, elle, est moins souvent atteinte. En ce qui concerne cette région, Hagenbach a fait la même remarque, mais il diffère d'opinion avec M. Le Dentu en ce qui concerne le corps.

Sur 22 cas, recueillis par cet auteur, 10 fois le kyste siégeait dans la queue, 4 fois dans la tête et 1 seule fois dans le corps; 7 fois le siège n'est pas indiqué.

Les 30 nouveaux cas que j'ai colligés, fournissent les renseignements suivants :

6 fois le kyste siégeait dans la queue;
2 fois dans le corps;
1 fois dans la tête et le corps;
1 fois dans la tête, le corps et la queue, simultanément.
Dans 20 cas le siège n'a pu être déterminé.

Fréquence suivant le sexe, l'âge.

Les hommes paraissent en être un peu plus fréquemment atteints que les femmes, si j'en juge par les 30 cas que j'ai recueillis. Je trouve, en effet, 16 cas concernant le sexe masculin et 13 le sexe féminin; dans le premier cas d'Albert, le sexe n'est pas indiqué.

L'enfance et la vieillesse y prédisposent moins: en effet, je ne note que deux faits concernant des enfants de 8 et 12 ans; puis un cas aux âges de 16, 19, 20 et 21 ans. Les 24 autres observations ont trait à des sujets de 24 à 65 ans, dont 11 de 24 à 40 ans, 11 de 40 à 50 ans et 2 de 58 et 65 ans.

L'âge adulte est par conséquent celui où l'on observe le plus fréquemment les kystes en question.

Forme, volume, situation.

Les kystes pancréatiques sont le plus souvent uniloculaires; je n'ai relevé en fait de kyste multiloculaire que celui qui est signalé dans le travail de Zeemann et Oser (*loc. cit.*); quand le kyste est volumineux, il est unique; dans le cas contraire, il peut y en avoir un grand nombre, comme dans les exemples que j'ai rapportés plus haut.

Ils présentent un volume variable, allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une grosse orange. Les kystes multiples n'atteignent toutefois que rarement ces dimensions.

Quant aux kystes uniques, ils atteignent souvent le volume d'une tête de fœtus; d'autres fois ils sont plus volumineux encore et remplissent alors tout l'abdomen. Dans l'observation de Zeemann et Oser, la tumeur était grosse comme deux têtes

d'adulte; c'est le kyste le plus volumineux que nous connaissions.

La situation exacte de ces kystes n'est pas facile à déterminer avec précision; seules les observations suivies d'autopsies peuvent nous renseigner. Sous ce rapport, le fait des auteurs que nous venons de citer est instructif. Il nous montre la tumeur située entre l'estomac et le côlon, recouvert par le ligament gastro-colique tendu et allongé. Sa partie supérieure est recouverte par l'estomac dilaté; sa partie inférieure et gauche est circonscrite en forme d'arc par la courbure gauche du côlon.

Rapports du kyste avec le péritoine et les organes voisins

Les rapports qu'affecte le kyste avec le péritoine sont intéressants à étudier.

Ces rapports varient suivant la direction qu'affecte la tumeur en grandissant.

Il est utile, pour bien comprendre ces rapports, de rappeler que la queue et une partie de la tête du pancréas sont incluses dans le mésocôlon transverse pendant les premières années de la vie.

Or, c'est généralement vers ce repli que se dirige le kyste; il le refoule en avant, s'en coiffe et fait alors saillie dans l'arrière-cavité des épiploons, de telle façon qu'il correspond à la paroi postérieure de l'estomac et à celle du ligament gastro-colique allongé.

Au-devant de lui et en rapport médiat se trouve encore l'épiploon. Tous ces feuillets peuvent adhérer plus ou moins intimement entre eux, avec les parties voisines et le kyste en particulier. Pour atteindre ce dernier, on aura donc à traverser et à inciser successivement, comme le démontrent plusieurs cas que nous rapportons plus loin: l'épiploon, le ligament gastro-colique, le mésocôlon transverse. Les kystes du pancréas sont par conséquent placés dans l'espace rétro-péritonéal; sous ce rapport ils partagent le sort des tumeurs du rein, dont nous aurons à les différencier plus bas.

On conçoit qu'un kyste présentant les dimensions que nous

venons d'indiquer, s'insinuant entre l'estomac et le côlon transverse, finisse par atteindre la paroi abdominale. Dans son mouvement d'expansion, il refoule forcément les intestins à gauche et à droite; le côlon, lui, peut être abaissé de telle manière que sa partie médiane vienne se loger dans l'excavation pelvienne ou se placer derrière la symphyse pubienne, comme dans le cas de Salzer.

Les intestins ne sont pas les seuls organes dont les rapports changent par suite du développement du kyste. Il y a des déplacements souvent fort marqués, portant sur d'autres organes. Sans parler de l'estomac, qui peut être refoulé en haut vers le diaphragme, le déplacement des vaisseaux peut être observé. C'est ainsi que dans le cas de Salzer, l'artère et la veine spléniques avaient été refoulées en avant vers la paroi abdominale, au point de faire croire à une anastomose entre la mammaire interne et une artère lombaire. On peut se rendre compte de ces phénomènes, en se rappelant que les vaisseaux spléniques rampent quelquefois à la surface du pancréas, surtout au niveau de la queue. Or, lorsqu'un kyste se développe aux dépens de la face postérieure ou du bord supérieur de la glande, on conçoit que les vaisseaux puissent être refoulés vers la paroi abdominale antérieure. Dans l'observation de M. Th. Anger, ces vaisseaux étaient situés en arrière et en haut; ils étaient intimement appliqués sur la tumeur, difficiles à isoler et envoyaient des ramifications nombreuses, dont les unes sillonnaient sa surface, dont les autres rampaient dans l'épaisseur même de ses parois.

L'influence d'un kyste sur les organes voisins peut encore se faire sentir d'une autre façon. Outre les adhérences qu'il peut contracter avec eux, il détermine des phénomènes de *compression* qui ont un caractère spécial et entraînent des symptômes sur lesquels j'aurai à revenir au chapitre suivant; je me bornerai par conséquent à noter ici les organes susceptibles d'être comprimés: ce sont le pylore, le duodénum, le canal cholédoque, l'uretère, l'aorte abdominale, la veine-cave inférieure, la veine-porte, les vaisseaux mésentériques supérieurs, les vaisseaux spléniques, le ganglion cœliaque, le plexus solaire.

Après avoir déterminé le siège, les rapports des kystes pancréatiques, il me faut étudier leur constitution intime : paroi et contenu.

Constitution anatomique des kystes.

A. *Paroi.* — La surface externe des kystes du pancréas est tantôt sphérique (Le Dentu), tantôt inégale et bosselée. Les parois, fibreuses dans leur plus grande étendue, sont d'une épaisseur variable ; elles peuvent atteindre un demi-centimètre et plus, et renferment parfois des noyaux crétacés ; d'autres fois elles sont minces, transparentes, au point de permettre, dans certains cas, de distinguer la couleur du liquide qui y est renfermé.

Ce qu'il y a de plus intéressant à retenir au point de vue chirurgical, ce sont les rapports du kyste avec le pancréas, rapports tellement intimes, que la paroi peut être constituée en partie par le tissu glandulaire lui-même, étalé et atrophié.

Tandis que les organes voisins, l'estomac, le côlon, le rein, la rate, peuvent en être plus ou moins facilement séparés, la gaîne du pancréas est intimement soudée à la tumeur ; lorsqu'on essaye d'isoler ces deux organes, la dissection la plus minutieuse n'arrive pas à détacher les lobules du pancréas qui y adhèrent et qui y restent fixés.

Cette disposition remarquable nous explique pourquoi les kystes en question ne présentent pas de pédicule. Le kyste opéré par Bozemann seul fait exception. L'auteur dit que le pancréas, attiré au dehors pendant la laparotomie, avait son aspect normal. Le point d'attache du kyste était situé à l'union du tiers externe et des deux tiers internes du pancréas ; le pédicule, long de trois quarts de pouce, avait un diamètre d'environ trois quarts de pouce ; les veines du pédicule étaient très volumineuses. C'est grâce à cette circonstance exceptionnellement favorable, que le chirurgien américain put faire avec succès l'extirpation totale du kyste.

Le pancréas, au dire de l'auteur, avait son aspect normal ; mais alors s'agissait-il bien d'un kyste de cet organe ? L'absence de renseignements suffisants sur la nature du liquide, de dé-

tails sur la structure intime du kyste permet d'élever quelque doute à cet égard. Et cependant son point d'attache était bien situé sur le pancréas.

Ne s'agissait-il pas là d'un de ces kystes situés dans le voisinage du pancréas, présentant avec les kystes véritables la plus grande analogie, affectant avec les organes voisins des rapports analogues à ceux de ces derniers ?

Les tumeurs auxquelles je fais ici allusion, ont été bien décrites par Virchow (*loc. cit.*); elles se développent dans l'épiploon, le mésentère, et procèdent, comme l'a démontré cet auteur, soit de la dégénérescence kystique des ganglions de la région, soit de celle de quelque lipome. S'agissait-il dans le cas de Bozemann d'une tumeur de cette nature, ou bien se trouvait-on en présence d'un kyste développé dans un pancréas accessoire ? C'est à cette dernière opinion que je me rangerais assez volontiers ; car, ainsi que je l'ai dit plus haut, chacune de ces glandes accessoires a son canal propre ; celui-ci peut subir la dilatation, former un kyste séparé, tandis que le pancréas demeure intact. Or, dans l'observation de B. c'était précisément le cas.

La surface interne des kystes pancréatiques offre une disposition curieuse. Le type le plus fréquent est celui que nous trouvons décrit par Th. Anger : Cette surface est inégale, réticulée, parcourue par des brides incomplètes ; son aspect rappelle tout à fait la paroi interne du ventricule droit ou de la vessie à colonnes. Au niveau des bosselures on voit des diverticulums, communiquant largement avec le kyste principal par des prolongements cellulo-fibreux.

Une disposition analogue se rencontre dans les cas de Salzer, de Riedel, où l'on voit des cloisons saillantes en forme de peigne tapisser la surface interne du kyste; ces cloisons offrent quelquefois l'aspect d'excroissances polypiformes, dont les unes sont lisses, les autres frangées (Gussenbauer).

Quant à la structure intime de cette paroi, voici les détails que l'histologie révèle :

Généralement on voit l'épithélium nucléaire, des noyaux épithéliaux et quelques cellules, les unes libres, les autres rangées en tube. Cet épithélium ressemble exactement à l'épithélium

du pancréas; on constate en outre dans la plupart des cas l'existence de culs-de-sac glandulaires. Quant aux cloisons, elles sont formées principalement de tissu conjonctif, au milieu duquel existent des vaisseaux et çà et là quelques débris d'acini.

On peut rencontrer également de grandes cellules à épithélium cylindrique; ces éléments se trouvent répandus principalement sur les cloisons intermédiaires. Certains kystes (Riedel) présentent, outre ces cloisons, des nodosités plus ou moins saillantes, débordant parfois la surface du kyste de plusieurs centimètres. Elles sont circulaires et présentent des lacunes qui sont en communication directe avec l'intérieur du kyste. Ces nodosités ont l'aspect d'un kystome en voie de prolifération; leur structure rappelle celle des végétations adénoïdes; on y rencontre des cavités grandes et petites, tapissées d'épithélium cylindrique. Cet épithélium peut subir des modifications, sur lesquelles il est bon d'appeler l'attention. Tout d'abord il peut manquer, comme dans le cas de *Salzer*; dans ce cas la paroi avait perdu toute trace de texture glandulaire et se trouvait uniquement composée de tissu fibreux dense; par places il y avait des amas d'épithélium cylindrique dégénéré; enfin, dans d'autres cas on a trouvé des crétifications, comme dans les endartérites avancées.

Cornil a observé les mêmes altérations sur une pièce provenant d'un malade de M. Lépine. A l'œil nu, nous dit-il, on ne voyait plus traces des acini glandulaires; le tissu sécrétoire du pancréas était remplacé par du tissu cellulo-adipeux. Les gros canaux excréteurs dilatés contenaient une bouillie opaque, épaisse, blanche, ainsi que des calculs friables, blancs et irréguliers, constitués par du phosphate et du carbonate de chaux. La face interne des canaux était tapissée par une couche unique de cellules plates très minces, à bords irréguliers, munies d'un noyau ovalaire aplati. La paroi des canaux était épaisse, formée par des couches superposées de tissu conjonctif lamellaire, qui étaient séparées les unes des autres par des cellules plates, pourvues de noyaux. Ces modifications de la structure de la paroi et de la forme des cellules épithéliales étaient évidemment dues à la compression exercée par des concrétions solides.

B. *Contenu du kyste.* — Le contenu du kyste varie suivant que la poche a pour origine le canal excréteur ou un cul-de-sac glandulaire; dans le premier cas il rappelle, d'après Cruveilhier, le suc pancréatique normal; dans le second, il est séreux, citrin, limpide ou mélangé de sang liquide ou coagulé.

La quantité de liquide renfermée dans le kyste est des plus variables; elle peut atteindre 5 litres (Zukowski), 10 litres (Riedel); Bozemann a même retiré 11 litres et demi du kyste qu'il a opéré. C'est jusqu'à ce jour l'extrême limite.

La présence de sang en quantité variable est presque constante; c'est tantôt du sang liquide, noirâtre, tantôt du sang coagulé plus ou moins récemment, formant des caillots noirs et fibrineux, entremêlés, un peu ramollis. J'en ai indiqué la provenance plus haut.

D'autres fois le sang ne se trouve pas en quantité aussi abondante; mais la couleur du liquide et son examen microscopique ne laissent pas de doute sur sa présence.

Plusieurs auteurs, dont nous signalons les observations plus loin, ont noté une coloration allant du jaune-rougeâtre au brun-foncé, analogue au porter (Steele) ou au chocolat (Thiersch). Enfin, le microscope y a décelé, à côté de globules rouges, des globules granuleux et hyalins, des cellules lymphatiques (Zeemann et Oser). Les mêmes auteurs ont noté la présence de débris épithéliaux.

Au point de vue de l'analyse chimique, on peut dire que la plupart de ces kystes sont très riches en albumine (Küster), en séro-albumine, quelquefois en paralbumine et en séro-globuline. Hoppe y a trouvé dans un cas une certaine quantité d'urée; enfin, Zukowski a signalé la présence de cristaux de cholestérine. L'analyse chimique a donc une grande valeur au point de vue du diagnostic; surtout lorsqu'à côté des éléments que nous venons de signaler on rencontre du suc pancréatique pur. Mais les cas sont rares où ce liquide a été constaté; je ne connais sous ce rapport que les faits de Hahn, de Subotic et de Kulenkampf; le liquide retiré du kyste était clair comme de l'eau et en avait imposé pour un kyste hydatique. Les réactions du suc pancréatique dissipèrent les doutes: lorsqu'on vit que le liquide transformait l'amidon en sucre et qu'il émulsionnait

les graisses, la certitude que l'on avait affaire dans ces trois cas à un kyste pancréatique, devint presque absolue.

La densité du liquide des kystes varie de 1008 (Hahn) à 1014 (Zukowski). Sa réaction est généralement alcaline, quelquefois neutre (Wölfler). Jamais dans les kystes idiopathiques on n'a constaté la présence de pus; il n'en est pas de même des kystes dus à des concrétions, à des calculs, qui peuvent déterminer dans les canaux excréteurs une inflammation aiguë, aboutissant à la suppuration.

CHAPITRE III.

SYMPTOMES.

Sommaire. — Symptômes initiaux. — Début parfois brusque: Névralgies cœliaques; troubles digestifs. — Absence de symptômes dans d'autres cas, à part l'amaigrissement. Observation de Nichols. — *Diabète* pancréatique, mis en relief pour la première fois par M. Lancereaux. — Expériences de MM. Minkowski et von Mering, de M. Lépine, de M. Hédon. — Observation de Goodmann.

Stéarrhée. — Procédé de Bonamy pour reconnaître la présence de la graisse dans les selles.

Formation de la tumeur. — Époque de son apparition.

Caractères généraux. — Siège. — Forme. — Signes fournis par la percussion. — *Son hydro-aérique* de M. Le Dentu.

Marche et terminaison.

Accidents entraînant la mort: Accidents généraux: Diabète, cachexie. — Accidents locaux: Hémorragies; rupture du kyste.

Complications: Phénomènes de compression sur les organes voisins. — Compression des voies biliaires, de l'intestin. — Occlusion intestinale.

Observation de Hagenbach.

Je n'ai pour étudier les symptômes des kystes pancréatiques que fort peu de documents. Dans les observations anciennes, les détails manquent sur le début de la maladie, sur sa marche; ce n'est qu'incidemment, la plupart du temps au cours d'une autopsie, qu'on l'a reconnue; puis, les faits qu'on avait publiés jusque dans ces dernières années concernaient, pour la plupart, des cas où le kyste proprement dit n'était qu'un épiphénomène, c'est-à-dire le résultat d'une affection pancréatique autre. Sa présence ne modifiait guère les allures de l'affection principale, à moins toutefois d'atteindre certaines dimensions. Il ne pouvait donc, en raison même de son volume généralement peu appréciable, attirer l'attention.

C'est à cette même cause qu'il faut attribuer les notions fort vagues que nous possédons sur le début des kystes pancréatiques et sur leurs symptômes initiaux.

D'après les quelques rares auteurs qui se sont occupés de la question, la maladie peut débuter brusquement, sans cause connue, telle que traumatisme, gastro-entérite. Des douleurs abdominales vives, localisées généralement à l'épigastre, ouvrent la scène; elles durent plus ou moins longtemps, puis sont suivies de rémissions. Bientôt cependant elles réapparaissent sous forme d'accès, quelquefois périodiques, et rappellent dans certains cas les douleurs des coliques hépatiques. Friedreich et d'autres les ont désignées sous le nom de *névralgies cœliaques.*

A cette période on observe parfois certains symptômes, peu caractéristiques du reste, qui retentissent sur les fonctions digestives. Celles-ci se trouvent plus ou moins altérées; l'appétit se perd et les vomissements surviennent au bout de quelques semaines, comme dans le cas de Lardy; les matières vomies ont l'aspect du marc de café et ressemblent à celles du cancer.

D'habitude pourtant il n'y a pas le moindre trouble de ce côté et, à part les douleurs signalées, rien n'éveille l'attention; l'appétit est conservé, les digestions sont normales, bref rien ne permet de soupçonner le début d'une maladie.

A mesure que l'affection progresse, et souvent bien avant l'apparition de la tumeur, on peut être témoin d'un certain nombre de symptômes, communs d'ailleurs à la plupart des maladies du pancréas. Notons que ces symptômes dépendent en général de l'oblitération plus ou moins complète du canal de Wirsung. Celui-ci est-il totalement imperméable, nous aurons des troubles digestifs très accentués, qui augmenteront au fur et à mesure que l'atrophie de la glande, résultant de la compression exercée par le kyste, fera des progrès plus sensibles.

Dans le cas contraire, la glande ou une portion suffisante de la glande restant saine, et le canal excréteur étant encore perméable, les symptômes seront moins accusés. Le cas de Kulenkampf est des plus démonstratifs à cet égard.

Comme premier symptôme il faut signaler tout d'abord l'*amaigrissement*, qui survient parfois au bout de quelques mois (Lardy), souvent, chose remarquable, en dépit de l'appétit, qui est conservé. Kühnast en cite deux exemples frappants, j'y ajouterai celui qu'Annandale nous a fait connaître.

D'autres fois, l'amaigrissement ne se manifeste qu'au bout de quelques années; il aboutit alors bientôt à la cachexie et entraîne la mort assez rapidement.

L'observation de Nichols est instructive sous ce rapport. En voici le résumé :

Observation de Nichols.

Cas de kyste du pancréas reconnu à l'autopsie.

(*New-York med. Journ.*, vol. XLVII, p. 575.)

Un homme de 49 ans avait accusé, douze ans avant sa mort, de vives douleurs dans la région épigastrique, avec un sentiment de réplétion dans la région en question, sans vomissements, ni phénomènes digestifs particuliers. Ces symptômes persistèrent pendant un septenaire avec plus ou moins d'intensité, puis disparurent, pour reparaître tous les deux ou trois mois. Comme prodrome, un signe particulier accompagnait ces crises : il consistait en points très douloureux dans les pieds. L'appétit était bon. État général excellent. Il y a sept ans, douleur intense dans l'extrémité supérieure droite. A cette même époque, péritonite localisée, et à dater de là jusqu'à sa mort, vomissements périodiques, analogues au marc de café, comme dans le cancer de l'estomac. Trois ans avant la mort, apparition à l'épigastre d'une tumeur, dont la nature resta indéterminée. Le malade avait refusé la ponction et l'incision exploratrice. Sucre dans l'urine en quantité abondante. *Amaigrissement notable,* bien que l'appétit et la digestion fussent redevenus bons. Mort par inanition.

Autopsie. — Kyste pancréatique renfermant plusieurs litres de sérosité; la tumeur remplissait la plus grande partie de l'abdomen, et était adhérente en plusieurs endroits. Il n'y avait pas la moindre trace de tissu pancréatique.

Le sujet de cette observation était diabétique; or, l'on sait que le *diabète* a été noté comme un symptôme de la plupart des maladies du pancréas, et que lui aussi entraîne un amaigrissement général et rapide.

Sans vouloir rappeler ici les théories qui ont été émises à ce sujet, ni reprendre les discussions auxquelles elles ont donné lieu, je ferai remarquer que MM. Minkowski et von Mering[1] ont entrepris tout récemment des expériences concluantes sous ce rapport. Je les crois trop importantes pour les passer sous silence. Ces auteurs ont institué une série d'opérations consistant à extirper complètement le pancréas chez le chien, le lapin, le pigeon. Chez tous ces animaux ils ont constaté que l'ablation de cet organe avait déterminé un diabète sucré. Chez le chien, le diabète, qui apparaît dix à quinze heures après l'opération, est tout à fait semblable à la forme dite grave de cette maladie chez l'homme, et persiste sans interruption jusqu'à la mort de l'animal; ils ont observé également chez leurs animaux, la polyurie, la polyphagie et la polydipsie, qui caractérisent le diabète; puis un amaigrissement considérable et un dépérissement progressif, malgré une alimentation surabondante. L'animal soumis avant l'opération à un jeûne de vingt-quatre heures ne reçoit aucune nourriture dans les jours qui la suivent immédiatement, et cependant la quantité de sucre éliminé par les urines s'élève pendant ce temps à 5 et même à 6 %. L'urine des chiens opérés renfermait également de l'acétone.

Dans ces conditions, disent les auteurs, le diabète sucré doit être considéré comme la conséquence directe de l'extirpation du pancréas, le manuel opératoire suivi par nous excluant absolument toute possibilité d'une lésion du ganglion du plexus solaire; d'ailleurs, l'autopsie n'a révélé chez les sujets de nos expériences qui ont péri jusqu'ici, aucune lésion de quelque importance dans le voisinage du pancréas.

Pour démontrer que ces résultats ne peuvent être obtenus que par l'ablation ou l'extirpation totale du pancréas, les auteurs précités ont fait les expériences suivantes:

Au lieu d'enlever le pancréas en totalité, le procédé opératoire restant toujours le même, ils se contentent d'enlever une portion seulement, les deux tiers, les quatre cinquièmes de la glande, quelquefois même ils n'en laissent qu'une portion

1. Voy. *Semaine médicale*, 1889, n° 21.

insignifiante. Dans aucune de leurs expériences, les auteurs n'ont vu apparaître la glycosurie, pas plus que les autres phénomènes du diabète. Mais si au bout de quelque temps on complétait l'expérience en enlevant la portion qui avait été laissée pendant la première opération, la glycosurie ne tardait pas à paraître et s'accompagnait d'autres phénomènes du diabète.

Ces faits expérimentaux sont intéressants, puisque l'on a appris à connaître en clinique la coexistence assez fréquente des affections du pancréas et du diabète sucré chez l'homme. *Lancereaux*, le premier, a attiré l'attention sur ce point; c'est certainement grâce à ses travaux et à ses recherches que cette idée a pu prendre corps, bien avant que la physiologie ne soit venue démontrer la justesse des vues de cet observateur[1].

Pour que le diabète se produise, il faut donc que le pancréas soit extirpé en totalité ou, ce qui revient au même, que toute trace de substance glandulaire ait disparu. C'est ce qui explique pourquoi toutes les affections de cet organe ne donnent pas lieu à la glycosurie. Tant qu'il persiste une portion de la glande qui fonctionne, tant que le suc pancréatique est résorbé, soit par l'intermédiaire de la muqueuse intestinale, soit directement par les vaisseaux sanguins et lymphatiques du pancréas, la réaction spéciale de l'organisme, se manifestant par la glycosurie permanente, ne peut avoir lieu.

Tout récemment M. Lépine (de Lyon) a répété les expériences de MM. von Mering et Minkowski. Les résultats obtenus par ces auteurs ont été pleinement confirmés par le savant lyonnais[2]; poussant plus loin ces recherches, M. Lépine a déterminé les relations intimes qui existent entre la fonction du pancréas et la production du sucre.

Ses expériences, trop détaillées pour être relatées ici, lui ont permis de conclure que le suc pancréatique possède, à côté d'une action spécifique sur les graisses et les albuminoïdes, la propriété de régulariser la combustion du sucre, grâce à la présence d'un ferment spécial à qui incombe cette fonction.

---

1. Consulter à ce sujet une excellente revue du docteur Romme in *Tribune médicale*, 1890, n° 41, p. 644.

2. Voy. *Lyon médical*, 1890, nos 7 et 8.

Lorsque la glande se trouve détruite, soit par le fait d'une maladie, soit par la main de l'opérateur, le sucre de l'économie contenu dans les différents organes ou amené par la nourriture n'est plus brûlé et passe en entier dans le sang et de là dans les urines. Le diabète se trouve ainsi constitué.

Le docteur E. Hédon (de Montpellier), de son côté, vient de communiquer tout dernièrement à la *Société de biologie* (séance du 25 octobre 1890) les résultats d'une série d'expériences analogues à celles des auteurs précédents. Il a réussi à obtenir une longue survie après l'extirpation du pancréas, à l'aide de la méthode suivante[1] : Il fait une opération préliminaire, consistant en une injection de paraffine fondue dans le conduit pancréatique, mis à nu près de son embouchure dans le duodénum (méthode de MM. Bernard et Schriff pour détruire le pancréas). Au bout de huit jours, il extirpe le pancréas en totalité ; la glande est très réduite de volume et très indurée. Les animaux supportent alors fort bien les lésions graves nécessitées par l'opération et survivent, tandis que dans l'ablation pure et simple du pancréas, ils succombent pour la plupart au bout de deux à trois jours.

D'autre part, cet auteur a observé, conformément aux expériences de MM. von Mering et Minkowski, qu'il suffit de laisser dans l'abdomen un fragment minime de la glande pour que le sucre n'apparaisse pas dans l'urine. Il paraît donc démontré que le diabète ne se produit pas quand on supprime simplement le pancréas au point de vue digestif (ligature des canaux, injection de paraffine dans la glande, ou mieux encore ablation de la tête du pancréas seulement).

Tous ces faits ont une importance très grande au point de vue pratique. Nous verrons plus loin les déductions qu'on en peut tirer relativement au traitement chirurgical des kystes.

Les processus atrophiques du côté de la glande entraînent des résultats analogues à ceux de l'extirpation totale. Mais il faut que l'atrophie soit complète ; or, il s'en faut de beaucoup que la glande disparaisse en totalité, c'est ce qui explique la rareté du diabète dans les cas de kystes pancréatiques. Outre

---

1. Voy. *Tribune médicale*, 1890, n° 44.

le cas de Nichols, précédemment cité, dans lequel toute trace de substance pancréatique avait disparu, et où l'on avait constaté du sucre dans les urines, je n'ai recueilli que trois observations où ce symptôme a été constaté : celles de Recklinghausen (2) et celle de Goodmann. Dans l'un des cas de Recklinghausen (Obs. 33. Voy. Thèse de Kühnast), le pancréas avait subi la dégénérescence graisseuse totale; dans l'autre (Obs. 32 ibid.), il existait un kyste gros comme une tête d'enfant, qui avait amené l'atrophie de la glande.

Enfin, dans l'observation de Goodmann, le tissu glandulaire était complètement atrophié et transformé en tissu fibreux. Voici l'observation résumée du chirurgien américain :

Observation de Goodmann[1].

M. Z., colonel, 55 ans, entré dans l'armée en 1861 avec une excellente santé, pesant environ 190 livres. Dans l'été de 1862, jaunisse, diarrhée, toux, fièvre, considérées comme une attaque de malaria. Guérison.

Nouvelle diarrhée en 1863.

En juillet 1866 son cheval s'affaisse sous lui; M. Z. ressent immédiatement des douleurs dans le dos et les membres. On croit à un traumatisme de la moelle.

Depuis 1867 sa santé périclite.

En 1873, diarrhée incessante, sortie involontaire de matières ayant la consistance de l'huile douce et laissant des taches graisseuses sur ses draps. Polydipsie. L'urine contient *du sucre* en grande quantité. Poids spécifique de l'urine = 1044; réaction acide, sans sédiments. Urates et acide urique diminués; chlorures en quantité normale. Pas d'albumine.

Les selles contiennent des cellules muqueuses épithéliales, à différents degrés de désintégration, et des matières étrangères; la plus grande partie est formée de graisse, sous forme de masses sphériques, résultat de l'agglomération interne de petits cristaux, comme ceux de margarine. Grande solubilité par l'addition du chloroforme.

Mort de cachexie en 1876. Un ou deux mois avant sa mort, hydropisie.

---

1. Voy. *Philadelph. Med. Times,* 22 juni 1878, et Bonamy (Thèse citée).

Autopsie. — Tubercules dans le pancréas; hydrothorax et hydropéricarde. Tumeur volumineuse dans la queue du pancréas. C'est un kyste à parois fermes, rigides, contenant un liquide jaune-verdâtre, d'une consistance plus fluide que le blanc d'œuf. La dissection démontre que la cavité du kyste n'a aucune communication avec le canal pancréatique. Ce canal s'étend de l'intestin à l'extrémité de l'organe, près du kyste, où il se termine brusquement. La lumière du canal est très large dans toute l'étendue du corps de la glande; elle diminue seulement à l'approche du kyste. La partie du canal qui traverse la tête du pancréas pour se rendre à l'intestin est plus étroite que normalement; la sonde pénètre difficilement dans ce conduit au niveau de l'intestin. Lorsqu'on ouvre le conduit à l'union de la tête et du corps, on y découvre deux sacs ou poches, renfermant une matière calculeuse.

Le tissu glandulaire de l'organe semble *entièrement atrophié,* la tête du pancréas n'est constituée que par une masse de tissu fibreux, qui se continue avec du tissu connectif de nouvelle formation, agglutinant le pancréas, le duodénum et le côlon transverse. Ce tissu conjonctif enveloppe les vaisseaux sanguins de la région; il opère évidemment une pression, une constriction sur le conduit.

Cette observation est intéressante, non seulement au point de vue de l'apparition du diabète, qui a coïncidé avec la destruction ou l'atrophie de la glande, mais encore à celui d'un phénomène sur lequel il nous faut maintenant attirer l'attention. Je veux parler de la présence dans les selles d'une matière graisseuse.

Ce symptôme, que l'on a désigné sous le nom de *stéarrhée,* est des plus caractéristiques; malheureusement il est loin d'être constant.

Gussenbauer attire spécialement l'attention sur son absence dans le cas qui lui est propre; et pourtant il était à peu près sûr d'avoir affaire à un kyste pancréatique.

Clark, Gross et Biermer (*loc. cit.*), par contre, l'ont enregistré.

L'apparition des selles graisseuses au cours des maladies du pancréas est connue depuis fort longtemps. Kuntzmann (1820), Bright (1833) et Unckell (1836) l'ont signalée, et Ancelet, un peu plus tard, a produit des faits assez nombreux, qui établissent d'une façon indubitable la coïncidence de la stéarrhée avec les affections du pancréas.

Dans les faits publiés dans ces dernières années, nous n'avons relevé qu'une seule observation, celle de Fenger, où ce signe a été noté; encore s'agissait-il plutôt de selles blanchâtres et caillées que de véritables selles graisseuses.

L'aspect des corps gras évacués par l'intestin est variable; quelquefois ils sont visibles à l'œil nu et à un examen superficiel; d'autres fois l'examen chimique et microscopique seul peut en révéler la présence.

Voici, d'après Bonamy, le procédé qu'il convient de suivre pour en faciliter la recherche :

Prendre avec une cuiller la partie supérieure des matières fécales, la mélanger à de l'éther, agiter et filtrer. Si on plonge dans le liquide ainsi éclairci un morceau de papier buvard, celui-ci, après évaporation, reste transparent comme s'il avait été imbibé d'huile. Si on évapore l'éther passé au filtre, il reste au fond du vase « une matière grasse, fluide, d'une coloration jaune-ambré, brûlant avec une flamme bleuâtre, si on y met le feu, et qui n'est autre que de la graisse ». Au microscope, on aperçoit des gouttes de graisse, que l'éther dissout, et des cristaux acidulés, que la potasse transforme en gouttes visqueuses, amorphes (savon).

Les matières grasses qui constituent la stéarrhée ne sont autres que les matières grasses ingérées par le malade et dont la digestion n'a pas eu lieu. Il y a donc un rapport étroit entre ce symptôme et l'alimentation; mais il faut tenir compte de deux points importants. Tout d'abord, lorsqu'on constate ce symptôme, il faut se demander et chercher à savoir si le malade n'a pas ingéré de matières grasses en excès. Il peut se faire, par exemple, que des individus sujets à des constipations opiniâtres aient fait un usage immodéré d'huile de ricin. Une partie de cette huile, n'étant pas digérée, passe dans les selles et en impose par une stéarrhée vraie. Or, dans ce cas, il ne saurait naturellement être question d'une affection pancréatique. Puis, il existe un grand nombre de cas où la stéarrhée a fait défaut, bien que toute la glande pancréatique fût dégénérée.

Mais alors on peut admettre que la graisse absorbée, en petite quantité sans doute, a été émulsionnée par la bile.

D'autre part, Aucelet, Friedreich et Clark ont signalé un fait très curieux, à savoir la persistance de la stéarrhée malgré la suppression de toute graisse dans l'alimentation. Ces auteurs ont supposé que cette graisse provenait de la désassimilation des tissus.

Quoi qu'il en soit, l'autopsie des sujets qui ont présenté la stéarrhée montre en général une altération grave du pancréas, qui, dans les cas de kystes, a été trouvé entièrement dégénéré (Clark); d'autre part, on a vu des malades présenter longtemps des selles graisseuses et avoir leur pancréas intact; et, inversement, des lésions pancréatiques profondes ne pas déterminer d'évacuations graisseuses.

Il ne faudrait pas admettre par conséquent que la stéarrhée constitue un symptôme pathognomonique des maladies du pancréas et des kystes en particulier; mais, d'un autre côté, il ne faudrait pas omettre de diriger ses recherches vers cet organe, quand la stéarrhée, jointe à certains autres signes, existe.

Je ne parlerai que pour mémoire de certains symptômes que l'on a voulu considérer comme caractéristiques. Si on les a observés ou notés dans certaines affections pancréatiques autres que les kystes, dans ces derniers ils n'ont jamais attiré l'attention d'une façon spéciale. Je rappellerai parmi ces signes la salivation pancréatique, les vomissements graisseux, la lipurie ou urines graisseuses.

Encore une fois, je ne les ai vu mentionnés par aucun des auteurs récents qui se sont occupés des kystes. Par contre, la diarrhée pancréatique, souvent fort rebelle, comme dans le cas de Goodmann, a été notée un certain nombre de fois; mais elle n'a rien de spécial et ne peut en aucune façon éveiller à elle seule l'idée d'une affection du pancréas.

Bien autrement importants sont les signes dus à la présence d'une tumeur, dont nous avons maintenant à étudier les caractères.

L'apparition de la tumeur peut se faire d'une manière insidieuse, sans fracas, sans cortège symptomatique autre qu'une certaine sensation de réplétion, de pesanteur dans la région supérieure du ventre; d'autres fois, elle peut être précédée ou

accompagnée de l'un ou l'autre des symptômes que nous venons de décrire.

Tantôt elle se révèle au malade ou au médecin d'une façon pour ainsi dire subite (Hagenbach, Thiersch); tantôt c'est après quelques semaines d'un malaise vague qu'elle fixe l'attention; tantôt, enfin, elle n'apparaît qu'au bout de quelques années (Obs. Nichols).

Elle siège généralement à l'épigastre, au voisinage de l'ombilic ou dans l'un ou l'autre hypochondre; elle reste parfois stationnaire pendant un temps indéfini, sans subir d'accroissement notable; petit à petit cependant elle empiète sur les régions voisines et peut alors remplir la cavité abdominale presque entièrement. Les cas où l'on a signalé des kystes gros comme une tête de fœtus ou comme une tête d'adulte ne sont pas rares. Il suffit de parcourir les observations annexées à ce mémoire pour s'en convaincre.

La mort survient souvent avant que la tumeur ait atteint de telles dimensions; mais c'est alors par le fait de quelque complication spéciale ou de quelque affection pancréatique primitive.

J'ai à peine besoin de dire que je n'ai en vue ici que les kystes qui peuvent être perçus directement par la palpation, qui forment par conséquent dans la cavité abdominale une tumeur accessible à nos moyens d'investigation. Ce sont les seuls qui présentent de l'intérêt au point de vue chirurgical.

Leur *forme* est généralement sphérique, régulière; rarement ils présentent des bosselures; leur surface est lisse, unie, la peau qui les recouvre est mobile, non adhérente; leur consistance est ferme.

Dans la plupart des cas on a constaté une fluctuation bien évidente; les cas de Kulenkampf et de Wölfler sont les seuls où ce symptôme ait fait défaut.

On a signalé dans plusieurs observations des pulsations isochrones au pouls, qui, d'après les auteurs qui les ont notées, avaient ceci de remarquable, qu'on ne les percevait pas dans le sens transversal. C'étaient donc plutôt des battements communiqués par l'aorte ou quelque gros vaisseau profond.

En général, ces kystes sont assez peu *mobiles*. Dans l'observation de Le Dentu la tumeur jouissait d'une certaine mobilité. Parfois elle suit les mouvements du diaphragme (Steele), dans d'autres cas elle ne participe pas à ces mouvements (Subotic).

Les signes fournis par la percussion n'ont de valeur qu'autant que la tumeur ne remplit pas la cavité abdominale. Dans ce cas il y a une matité générale qui ne permet pas de délimiter les organes voisins. Lorsqu'elle est de moyenne grandeur, il existe généralement entre elle et le foie ou la rate une zone sonore correspondant aux intestins; dans un cas (Le Dentu) on a perçu en avant d'elle un son hydro-aérique, dû à la présence de l'estomac.

Si ce signe était constant, il serait d'une grande importance au point de vue du diagnostic. Malheureusement il est des plus rares et le cas de M. Le Dentu est le seul où il se soit manifesté. Les conditions de sa production ont été fort bien étudiées par ce chirurgien. Elles consistent dans l'existence d'une cavité assez spacieuse, contenant une certaine quantité de liquide et de gaz, dans des proportions telles, que la sonorité du gaz ne soit pas masquée par la matité du liquide, ou réciproquement, mais que la combinaison des deux bruits, en même temps que les vibrations du gaz contre le liquide, donnent lieu à cette variété spéciale de sonorité qu'on ne peut définir que par son nom, c'est-à-dire au son dit hydro-aérique.

Ces conditions se trouvent réalisées dans les cas de kystes peu considérables.

Nous verrons au chapitre suivant les conclusions qu'on pourra tirer de ce signe, une fois qu'on en aura constaté la présence.

J'aurais encore à décrire les rapports qu'affectent les kystes avec les intestins; mais comme je me suis étendu longuement sur ce point au chapitre de l'anatomie pathologique, il est inutile, ce me semble, d'y insister à nouveau.

Marche et terminaison. — Accidents.

La marche de cette affection est en général très lente; sa durée, bien qu'on ne puisse la préciser, est longue et en

rapport avec son évolution. Les kystes du pancréas atteignent parfois de grandes dimensions, sans compromettre l'existence, comme le prouvent les cas où la tumeur occupait la plus grande partie de la cavité abdominale. Ils exigent souvent des mois et des années pour arriver à un développement tel, qu'ils se révèlent à l'inspection ou à la palpation; d'autres fois leur accroissement est plus rapide et suit de quelques semaines la cause qui leur a donné naissance. Ceci est surtout vrai pour les cas où le traumatisme a joué un rôle prépondérant.

Les signes auxquels ils donnent lieu, sont généralement vagues et les symptômes subjectifs font à peu près complètement défaut, comme je l'ai dit plus haut. A la longue, c'est par leur volume et leur poids qu'ils deviennent une cause de gêne pour les malades.

La mort, lorsqu'elle survient, est le fait d'accidents qu'il nous faut maintenant passer en revue.

Ces accidents sont de deux ordres: ils sont généraux ou locaux. Ceux-là s'observent principalement dans les kystes d'un certain volume et surtout dans les kystes idiopathiques; ceux-ci sont l'apanage des kystes secondaires et résultent tout autant, sinon exclusivement de la maladie primordiale. Ce n'est pas à dire pourtant que les accidents locaux, les accidents de voisinage, fassent défaut dans les kystes indépendants. Mais ils sont infiniment plus rares, comme nous l'allons démontrer.

Les accidents généraux, qui éclatent à une période avancée de la maladie, sont, il était facile de le prévoir après les considérations des paragraphes précédents, des accidents de dénutrition générale, dus à la compression, à la destruction, à l'atrophie du pancréas. Tant que la substance de cet organe suffit à la production du suc pancréatique, tant que les voies d'excrétion sont perméables, la santé générale est peu altérée.

Mais que l'oblitération du canal pancréatique devienne complète, que la substance glandulaire subisse la dégénérescence graisseuse ou l'atrophie, et l'on verra surgir les complications mortelles. Elles se manifestent par des troubles gastriques plus ou moins prononcés, des vomissements incoercibles, des diarrhées rebelles; l'amaigrissement ne tarde pas à survenir;

la cachexie, faisant des progrès, entraîne la mort au bout d'un temps variable. D'autres fois c'est le diabète qui emporte les malades, à moins que quelque maladie intercurrente ne mette fin à leurs jours plus tôt.

Parmi les accidents locaux, les uns sont brusques, foudroyants; à cette catégorie appartiennent les *hémorragies* qui se font à l'intérieur du kyste; elles doivent être mentionnées en première ligne. J'ai relevé trois faits où cette complication a été notée : ce sont les cas de Challand et Rabow, de Clark, de Störck (in Bécourt, *loc. cit.*).

Viennent ensuite les cas de mort par *rupture du kyste* dans le *tube digestif* ou le *péritoine*; les cas de Parsons et de Pepper (*loc. cit.*) rentrent dans cette catégorie de faits. Dans l'observation de Parsons la tumeur disparaît tout à coup et la malade rend par les selles un fluide de consistance glaireuse, de couleur blanc sale. La tumeur se reforme de nouveau, s'ouvre une seconde fois dans l'intestin; puis survient une hémorragie intra-kystique, qui entraîne la mort, comme le démontre la nécropsie. Chez la malade de Pepper, l'hémorragie se produisit dans une cavité communiquant avec le duodénum.

Complications.

Certaines complications peuvent être déterminées par la pression du kyste sur les organes voisins. Tout en offrant de la gravité, elles sont loin pourtant d'être fatalement mortelles.

Deux organes situés dans le voisinage du pancréas sont plus particulièrement exposés à ces accidents : ce sont les voies biliaires et les intestins. Les symptômes diffèrent suivant que l'on a affaire à une compression des voies biliaires ou à une compression d'une portion du canal intestinal. Dans le premier cas, le canal cholédoque, comprimé par le kyste, s'oppose à l'écoulement de la bile; il y a rétention de ce liquide et *ictère* consécutif plus ou moins prononcé, suivant le degré d'occlusion de ce canal. Généralement ce symptôme se complique d'une hypertrophie du foie, qui aboutit à la cirrhose; les observations de Wyss (in Kühnast, n° 44), de Biermer (ibid., n° 46), de

Hoppe (ibid., n° 23), de Hjeldt (n° 22), de Gross (n° 20, id.), de Galeati (n° 29), de Engel (n° 17), en sont des exemples frappants. Ces cas, qui appartiennent à la période anatomique, se sont terminés par la mort.

Parmi les observations de la période contemporaine nous ne trouvons que celles de Dixon et de Wölfler, où l'on ait enregistré des troubles de cette nature. (Voy. Pièces justificatives.)

Il ne semble pas que le volume du kyste soit en rapport avec la production du symptôme en question; car dans la période contemporaine, où nous trouvons généralement des kystes assez volumineux pour être perçus, diagnostiqués et opérés, nous n'avons relevé que deux faits de ce genre, tandis que nous en avons trouvé un certain nombre dans la première période, bien que le volume du kyste fût quelquefois fort peu important. C'est évidemment là une simple coïncidence, qui dépend du siège du kyste. J'ajoute que cette complication n'entraîne pas par elle-même la mort. Lorsque la compression est levée à temps par une intervention opportune, comme dans le cas de Wölfler, la perméabilité du canal cholédoque se refait et l'ictère disparaît.

Relativement fréquente dans le carcinome et quelques autres affections du pancréas, la compression exercée par les kystes sur l'une ou l'autre portion du canal intestinal est une complication heureusement rare.

Elle entraîne une *occlusion intestinale* parfois passagère, comme dans le cas de Lardy, mais pouvant devenir mortelle; à preuve l'observation de Gerhardi (Pièces justificatives), qui, je dois le dire, pèche par le manque de détails et l'absence d'un diagnostic rigoureux. Je n'en dirai pas autant du fait tout récent que Hagenbach a observé à la clinique de son maître, M. Socin, de Bâle. Jusqu'ici c'est le seul fait authentique de kyste pancréatique ayant entraîné la mort par occlusion intestinale. L'intérêt de cette observation étant considérable, je ne saurais la passer sous silence. C'est par elle d'ailleurs que je terminerai ce chapitre.

Observation de Hagenbach. (Clinique de Socin, de Bâle[1].)

Hématome de la tête du pancréas. Compression du duodénum avec symptômes d'occlusion intestinale aiguë. Laparotomie. Ponction du kyste. Mort d'iléus.

Catherine B., 45 ans, de Steinselz (Alsace), entre le 18 mai 1887 à la clinique interne de l'hôpital de Bâle.

Pas d'antécédents héréditaires, ni morbides, sauf une pneumonie contractée il y a quelques années.

La malade est mariée, elle n'a jamais eu de couches. Menstruation irrégulière.

Le début de sa maladie actuelle date du 15 mai; il a été brusque et s'est manifesté par des douleurs lancinantes dans toute la région du bas-ventre, sans cause appréciable. Vomissements incoercibles de matières verdâtres, amères, mêlées à différentes reprises d'une petite quantité de sang rouge.

Constipation depuis le 15 mai. Urines foncées.

Etat actuel, le 15 mai. — Constitution chétive. L'abdomen est plat; la moitié inférieure du ventre est souple, élastique; l'épigastre et les deux hypochondres sont plus résistants et sensibles à la pression. Il n'y a pas de tumeur. Tous les organes sont normaux. Pas d'œdème des extrémités inférieures. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

La malade vomit d'une façon presque continue de grandes quantités de liquide verdâtre, peu odorant.

Douleurs très vives dans l'hypogastre.

Traitement. — Repos au lit, application de glace sur l'épigastre; glace à l'intérieur; lavages de l'estomac. Ce traitement amène un certain soulagement dans l'état de la patiente.

Le 21 elle rend une selle copieuse, à la suite de l'administration de plusieurs lavements forcés.

A partir du 22, selles régulières, plus de vomissements.

Le 25 la langue est moins chargée, le ventre est souple, indolore; état général satisfaisant. Apyrexie.

Les jours suivants, l'état empire. Temp. entre 38,1 et 39,1. Pouls à 110; épigastre très douloureux; on songe à un carcinome de l'estomac, sans constater de tumeur. Il n'y a pas d'ictère.

---

1. Hagenbach, *Ueber complicirte Pankreaskrankheiten und deren Behandlung.* (Inaug.-Dissert. Bâle, 1887.)

Le 1er juin on constate pour la première fois la présence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, qui fait saillie sous le rebord costal droit. Ses limites inférieures et latérales sont assez nettes; à droite elle s'étend jusque dans le voisinage de la ligne mamillaire; à gauche elle dépasse la ligne blanche de trois travers de doigt; inférieurement elle déborde l'ombilic d'un travers de doigt.

Sa consistance est élastique; elle n'est pas fluctuante, mais très sensible à la pression. Elle présente une certaine mobilité latérale, mais ne suit pas les mouvements de la respiration. On y constate la présence de battements isochrones au pouls; au devant de la tumeur on constate une zone de sonorité.

Le foie est normal et peut être délimité par la percussion dans toute son étendue.

L'abdomen est d'ailleurs aplati dans sa partie inférieure, insensible; il n'y a pas d'ascite. Urines normales.

Ce qu'il y a de curieux dans cette observation, c'est l'apparition soudaine de la tumeur. Le 31 mai au soir, on n'en avait pas constaté trace; la malade elle-même suppose qu'elle a dû se développer pendant la nuit, l'ayant sentie ce matin, 1er juin, pour la première fois.

L'analyse des symptômes observés jusqu'à ce jour, la constipation datant de sept jours pleins, les vomissements opiniâtres et la grande sensibilité de la tumeur, plaident en faveur d'une torsion intestinale; la tumeur elle-même ne serait que le résultat de l'arrêt plus ou moins subit de matières fécales, accumulées derrière l'obstacle.

Une intervention chirurgicale étant jugée nécessaire, on dirige la malade sur le service de chirurgie de M. le professeur Socin.

L'état relativement satisfaisant de la patiente, en particulier les caractères à peu près normaux de son pouls plaident en faveur d'une intervention immédiate.

On y procède à 10 1/2 heures du matin de la façon suivante : Désinfection habituelle et chloroformisation. Incision de 12 centimètres sur la ligne blanche; après ouverture du péritoine, l'estomac vient faire hernie; un aide est chargé de le maintenir dans l'angle supérieur de la plaie; un peu plus bas on tombe sur le côlon transverse, adhérant à la face inférieure du foie. Le bord libre du foie est, de même que la vésicule biliaire, parfaitement normal.

Au devant des vertèbres, et dans l'espace rétropéritonéal se trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, recouverte par le mésocôlon et à droite par le foie; immédiatement en avant

de la tumeur se trouvent le côlon transverse et la grande courbure de l'estomac. La tumeur est fluctuante et sonore; elle fait saillie du côté droit sous le bord libre du foie, dans l'étendue d'un décimètre carré environ; l'estomac a été refoulé en haut, le côlon transverse en bas.

On pratique une ponction exploratrice à l'aide d'un trocart capillaire et on retire 30 centimètres cubes de sang fluide, rouge foncé. L'opérateur s'abstient d'ouvrir le kyste plus largement; l'état de faiblesse de l'opérée contre-indique cette manœuvre, d'autant plus que l'on n'est pas sûr de pouvoir se rendre maître de l'hémorragie au fond de cette profonde cavité. Puis une autre circonstance encore fait hésiter: la constatation d'une adhérence sous forme de bride, au niveau du côlon transverse, bride qui a considérablement rétréci le calibre de l'intestin. On sectionne la bride et on fait cheminer dans le bout inférieur le bol fécal arrêté en amont.

Suture de la paroi. Pansement au sublimé. Durée de l'opération, deux heures.

Collapsus, pouls à 160. Mort à 6 heures du soir.

L'*autopsie,* pratiquée par le professeur Roth, révèle les détails suivants :

Rien dans les organes thoraciques.

Cavité abdominale : Péritonite généralisée. La portion pylorique de l'estomac est presque verticale; elle est repoussée en avant par la tumeur, de telle manière qu'elle se trouve en contact avec la paroi abdominale. Le duodénum est repoussé en haut, le côlon transverse en bas.

Le petit bassin contient 50 gr. de liquide rougeâtre, trouble, qui, au microscope, révèle la présence de nombreux globules rouges, des amas de fibrine avec des cellules rondes, et quelques grumeaux de pus. La tumeur est très peu mobile de gauche à droite. Le duodénum est aplati par la tumeur. Sur la circonférence antéro-inférieure de cette dernière, on constate une ecchymose de la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent, au centre de laquelle existe un trou, gros comme un pois (trou de la ponction), d'où sourd un liquide rougeâtre, analogue à celui que l'on a retiré du petit bassin. La forme de la tumeur est allongée; la partie qui correspond à la tête du pancréas est franchement fluctuante. Reins normaux. Cholédoque dilaté.

Le tissu pancréatique est friable ; le canal de Wirsung est pâle, ses parois sont minces ; après son coude il se bifurque en deux branches, qui aboutissent à une cavité creusée dans la glande ;

cette cavité renferme 130 gr. de matière brunâtre, visqueuse, adhérente en partie à la paroi; elle renferme des cellules rondes, des gouttelettes graisseuses et des globules sanguins décolorés.

La queue du pancréas est occupée par une cavité plus petite, à parois lisses, renfermant un liquide grisâtre avec des grumeaux jaunâtres; ces deux cavités sont indépendantes l'une de l'autre.

Les dimensions du pancréas sont les suivantes: longueur = 19 ½ centimètres; diamètre vertical du kyste = 11 centimètres; diamètre horizontal = 6 centimètres.

Diamètre vertical de la queue = 6 centimètres.

Diamètre horizontal de la queue = 3 ½ centimètres.

Microscopiquement, la surface ainsi que le tissu cellulaire interstitiel de la glande sont en voie de prolifération; la substance glandulaire existe encore en grande partie; dans le voisinage du kyste elle a subi la dégénérescence graisseuse.

CHAPITRE IV.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

Sommaire. — Difficultés du diagnostic; il n'a été établi d'emblée que six fois sur trente-trois cas; la plupart du temps il n'a été fait qu'à la suite de la ponction exploratrice, plus souvent encore au cours de la laparotomie. — Erreurs commises: Confusion avec les kystes ovariques, etc.

Diagnostic de la nature de la tumeur. — Utilité de la *ponction exploratrice* (Küster, Annandale, Riegner). — Inefficacité de la ponction (Fenger, Kulenkampf, Senn, Koatz, Hagenbach). — Dangers de la ponction exploratrice (Küster, Lardy, Le Dentu, Hagenbach).

Diagnostic différentiel tiré de l'examen du liquide kystique. — Propriétés caractéristiques de ce liquide.

Diagnostic du siège de la tumeur: Signes indiqués par MM. L. Labbé, Tillaux pour reconnaître si elle est pariétale ou cavitaire. — Signes fournis par M. Tillaux pour déterminer son siège intra- ou rétro-péritonéal.

Caractères des tumeurs rétro-péritonéales. — Son hydro-aérique de M. Le Dentu, caractéristique des kystes du pancréas. — Mode de production de ce son.

Gonflement artificiel de l'estomac (Minkowsky et Naunyn), pour faciliter le diagnostic différentiel.

Pronostic.

La situation profonde du pancréas et la rareté extrême de ses maladies rendent le diagnostic des kystes de cet organe des plus difficiles.

Tout d'abord, il est évident que lorsqu'ils n'ont pas acquis un certain volume, ils échappent complètement à nos moyens d'investigation. Profondément situés dans l'abdomen, n'entraînant, pour ainsi dire, aucun symptôme pathognomonique, ils passent inaperçus au début. Aussi n'ont-ils guère éveillé l'attention qu'au cours d'autopsies pratiquées pour des maladies dont on avait méconnu le siège ou la nature pendant la vie.

Ce n'est que lorsqu'ils forment dans le ventre une tumeur appréciable à la vue ou à la palpation, que la question du diagnostic peut se poser.

Nous avons vu que ce sujet a été agité pour la première fois à propos de l'observation de Zeemann et Oser.

Toutefois, ce n'est guère que dans ces dernières années qu'on a entrepris cette étude avec quelque suite. Mais il faut bien dire que les erreurs commises ont été nombreuses et que les cas où le diagnostic a été posé d'emblée sont des plus rares.

Nous avons relevé dans la période contemporaine une série de trente observations, qui nous ont donné les renseignements suivants :

Six fois le diagnostic a été fait d'avance par Wölfler, Bull, Lardy, Tremaine et Karewsky (2 cas). Une fois (Filipow) il est resté douteux; toutefois les probabilités étaient grandes en faveur d'un kyste pancréatique.

Quatre fois il y a eu hésitation; la tumeur ayant été prise au début pour un kyste hydatique du foie (Küster, Senn); et dans un cas, pour un kyste du mésentère (Annandale).

Dans l'observation de Senn, la balance penchait fortement pour un kyste pancréatique; dans celles de Küster, d'Annandale et de Riegner le diagnostic, erroné tout d'abord, a été fait après la ponction exploratrice.

Deux fois les chirurgiens n'ont pu se prononcer sur le siège du kyste (Rokitansky, Hagenbach). L'autopsie seule les a renseignés; dans 7 cas, où l'on ne savait à quoi s'en tenir, l'opération permit de poser le diagnostic. (Cas de Kulenkampf, de Subotic, de Fenger, de Martin, Ochsner et Albert [2 cas].)

Dans 10 observations, enfin, différentes erreurs ont été commises. Ces observations se rapportent aux chirurgiens suivants :

Thiersch,	Abcès de la paroi abdominale.
Gussenbauer,	Kyste rétro-péritonéal.
Steele,	Kyste du péritoine.
Hahn,	Kyste hydatique du foie.
Bozemann,	Kyste de l'ovaire.
Riedel,	Idem.
Koatz,	Idem.

Salzer,	Kyste de l'ovaire.
Zukowski,	Idem.
Treves,	Tumeur sarcomateuse.

Sauf Gussenbauer, qui a reconnu qu'il s'agissait chez son malade d'une tumeur rétro-péritonéale, tous les auteurs que nous venons de citer, croyaient se trouver en présence de tumeurs franchement péritonéales. Tous ont reconnu la nature approximative de la tumeur, presque tous ont vu qu'il s'agissait d'une tumeur liquide; mais ils en ont méconnu le siège. Parmi les tumeurs à contenu liquide, ce sont les kystes de l'ovaire qui ont surtout prêté à la confusion. Ce fait peut s'expliquer par la fréquence de ces kystes et la rareté des kystes du pancréas.

Le diagnostic des kystes pancréatiques est donc entouré des plus grandes difficultés. Voyons à quels signes nous pourrons les reconnaître. Comment pourrons-nous en déterminer la nature, le siège?

Diagnostic de la nature de la tumeur. Ponction exploratrice.

En premier lieu, il s'agit d'établir si la tumeur qu'on a sous les yeux est solide ou liquide. Il ne semble pas, à en juger d'après les faits que nous avons recueillis, que la chose ait suscité le moindre embarras aux différents auteurs dont nous avons relevé les observations.

Cependant, ce point n'est pas toujours aussi facile à élucider qu'on pourrait le croire. La fluctuation, en effet, est souvent obscure, quelquefois elle fait entièrement défaut. Plusieurs chirurgiens ont insisté sur ce point (Wölfler).

D'autre part, on sait que certaines tumeurs solides, telles que les lipomes du mésentère, les sarcomes mous, peuvent présenter une fausse fluctuation et en imposer pour des tumeurs liquides. Péan, Spencer Wells et d'autres, dont la compétence en chirurgie abdominale ne fait de doute pour personne, ont commis semblable erreur et ont pris pour des kystes ovariques des lipomes du mésentère, qui paraissaient fluctuants.

L'erreur inverse a été faite également. J'ai cité à ce propos deux cas de kystes hydatiques du rein, pris à tort par Heussner et Hinckeldeyn pour des carcinomes de la rate ou du rein[1]. Treves a confondu un kyste du pancréas avec une tumeur sarcomateuse.

Ainsi donc, première difficulté possible : diagnostic sommaire de la nature de la tumeur ; difficulté contre laquelle il est bon d'être prémuni, bien qu'elle ne se soit présentée jusqu'ici qu'une seule fois (Treves).

Lorsque la tumeur est franchement fluctuante, le diagnostic n'en est pas, tant s'en faut, établi d'une façon indubitable. Tous les kystes possibles peuvent être confondus avec les kystes du pancréas. Mais outre les kystes ovariques, qui ont si souvent donné lieu à des méprises, les kystes hydatiques de l'abdomen, les kystes du mésentère, etc., l'hydronéphrose pourrait encore donner, bien que plus rarement, matière à discussion.

La *ponction exploratrice* pourra-t-elle trancher la question ? Au premier abord on serait tenté de répondre affirmativement. Rien ne paraît plus simple en effet que de faire la ponction d'une tumeur qu'on suppose être liquide ; puis, après analyse, de la classer, de lui donner un nom et d'établir d'ores et déjà le diagnostic non seulement de sa nature, mais parfois encore de son siège. C'est ce qu'ont fait, avec succès, Küster, Annandale, Riegner.

Et pourtant cette petite manœuvre, facile, inoffensive en général, ne fournit souvent aucun renseignement utile. A preuve le cas de *Fenger*, où malgré la ponction exploratrice le diagnostic ne put être posé ; à preuve encore l'observation de *Kulenkampf*, où le liquide retiré par la ponction, clair comme de l'eau limpide, en imposa pour un kyste à échinocoque ; celle de *Senn*, où cette exploration donna lieu à la même erreur ; celle de *Koatz* enfin, où cette exploration fit croire à un kyste ovarique avec torsion du pédicule.

J'irai même plus loin et dirai que dans certains cas la ponction faite au cours de l'opération ne renseigne ni sur la véri-

---

1. Voy. mon ouvrage sur les *Kystes hydatiques du rein.*

table nature, ni sur le siège de la tumeur; le fait de *Hagenbach* le prouve nettement.

Ainsi donc, dans les cas que je viens de citer, la ponction n'a été d'aucune utilité au point de vue du diagnostic.

Certains caractères, en effet, sont nécessaires pour permettre d'affirmer, après analyse et examen microscopique du liquide kystique, qu'on se trouve en présence d'un kyste pancréatique.

Les cas les plus favorables à cet égard sont ceux où l'on retire par le trocart du suc pancréatique pur. Malheureusement c'est là une exception; comme l'a fait remarquer *Kühnast*, le suc pancréatique des kystes s'altère vite et perd ses propriétés caractéristiques. Il se mélange au sang, qui entre dans la composition du liquide kystique et se transforme alors facilement en urée, comme *Hoppe* l'a démontré d'une façon indiscutable.

De fait, les observations où l'on a fait l'analyse chimique du liquide ont toutes été négatives sous ce rapport; seule l'observation d'Annandale a permis d'établir que le liquide évacué avait de la ressemblance avec le suc pancréatique, qu'il émulsionnait la graisse et les huiles.

Un liquide qui présenterait cette propriété, qui, de plus, transformerait l'amidon en sucre, pourrait être considéré avec une certitude presque absolue comme provenant d'un kyste pancréatique. Je dis presque, car Jaksch (cité par Wölfler) a prétendu que ce dernier caractère était loin d'être suffisamment démonstratif, et qu'il était commun à d'autres liquides pathologiques encore. Mais cette affirmation aurait besoin d'une nouvelle démonstration. Il n'en est pas moins vrai que c'est grâce à cette propriété particulière que Kulenkampf a pu établir l'origine pancréatique d'une tumeur par lui opérée et prise tout d'abord pour un kyste hydatique.

Certaines autres qualités spéciales à ce liquide pourront contribuer à nous mettre sur la voie.

La présence du sang a été notée un certain nombre de fois; quand on trouve ce liquide dans un kyste de la partie supérieure de l'abdomen, on pourra, grâce à certains signes concomitants, avoir de grandes présomptions en faveur d'un kyste pancréatique; car les grands kystes du rein ou du mésentère, qui donnent surtout lieu à la confusion, ne présentent pas ce

symptôme; quant aux kystes sanguins du rein, ils ont un volume si peu considérable, qu'ils échappent généralement à nos moyens d'investigation. D'autre part, la présence d'un liquide visqueux, riche en séro-albumine, d'un tant pour cent d'urée, sont des points de repère importants pour distinguer ces kystes des abcès, de l'hydronéphrose, des kystes hydatiques, etc., comme nous allons l'indiquer dans un instant. Mais, auparavant, il s'agit de savoir si la ponction exploratrice est inoffensive.

Sur les 9 cas où elle a été faite, elle a été bien supportée six fois et n'a pas entraîné le moindre accident; par contre, trois fois elle a été suivie de symptômes de péritonite (Küster, Lardy), qui ne se sont amendés qu'au bout de huit jours.

Chez l'opéré de Socin, la ponction faite au cours de la laparotomie a bien certainement contribué à hâter la mort; car à l'autopsie on trouva dans le petit bassin une certaine quantité de liquide sanguinolent, trouble, analogue à celui qu'on avait retiré par le trocart explorateur; de plus, la circonférence antéro-inférieure du kyste présentait une infiltration de sang, au centre de laquelle se trouvait une perte de substance de la dimension d'un pois, due à la ponction. Il ne saurait donc y avoir le moindre doute sur les dangers que fait parfois courir au malade la ponction exploratrice.

Chez ces opérés, une certaine quantité de liquide kystique avait pénétré dans le péritoine au moment de la ponction, et avait donné lieu aux accidents que je viens de signaler.

C'est par crainte de symptômes péritonéaux semblables, que Wölfler dit expressément s'être abstenu de la ponction chez son opérée.

Outre les accidents sur lesquels je viens d'attirer l'attention, il en est d'autres qui peuvent se produire. Nous avons appris à connaître en effet, dans un chapitre précédent, les rapports de l'estomac et du côlon avec la tumeur, et nous avons vu que, lors même que celle-ci est volumineuse, ces organes, refoulés d'habitude par elle, peuvent s'interposer entre le kyste et la paroi abdominale.

Le fait qui a été relaté par M. Le Dentu est des plus instructifs sous ce rapport. On se rappelle que l'escarre, produite par l'application de potasse caustique, dans le but de déterminer

l'adhérence du kyste à la paroi, que l'on croyait en rapport avec elle, que cette escarre, dis-je, se trouvait correspondre à la face antérieure de l'estomac. Or, si la ponction avait été pratiquée chez ce malade, elle aurait pu entraîner, bien avant l'opération déjà, les plus graves conséquences, par perforation directe de l'estomac (voy. la première observat. de Karewsky, Pièces justificatives). On fera donc bien de songer à la possibilité de pareille complication, avant de se décider à pratiquer cette petite manœuvre. Dans tous les cas, on usera de la plus grande prudence et on s'attachera à déterminer les rapports des viscères en question avec le plus de rigueur possible. Ce n'est qu'à cette condition qu'on sera autorisé, et cela seulement dans certains cas, à tenter la ponction; encore vaudra-t-il mieux, suivant moi, faire la laparotomie exploratrice, qui, ainsi que l'a récemment affirmé M. Terrier, dans une remarquable communication à l'Académie de médecine[1], « est une chose possible, presque facile, et d'une innocuité indiscutable, dès qu'on utilise, soit la méthode antiseptique, soit mieux la méthode mixte à la fois aseptique et antiseptique ».

Dans l'espèce, je considère même cette incision comme plus efficace sous tous les rapports, car dans un très grand nombre de cas d'exploratrice elle deviendra curatrice.

Je suppose maintenant, toute circonstance défavorable mise de côté, qu'on ait fait la ponction avec succès. Le liquide évacué pourra-t-il nous renseigner sur la nature de la tumeur? son examen pourra-t-il nous fournir des indices diagnostiques quelque peu certains? Jusqu'à un certain point, la chose n'est pas douteuse. Je vais essayer de le prouver.

Diagnostic différentiel tiré de l'examen du liquide kystique.

Voici quelques données, basées sur l'examen chimique ou micrographique, qui pourront avoir quelque utilité. Il s'agira

1. Incision exploratrice et établissement d'une fistule biliaire temporaire pour combattre des accidents de congestion et d'hypertrophie du foie, avec ictère très prononcé et accès fébriles, par M. Terrier. (Voy. *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1890, n° 44, séance du 4 novembre 1890.)

tout d'abord de distinguer les kystes que nous étudions ici des *kystes à échinocoques*. Nous avons vu que dans deux cas (Kulenkampf, Senn) la confusion avait été faite; et cela se conçoit, car dans les faits incriminés le liquide était clair, limpide, transparent; mais il ne contenait pas d'acide succinique. Or, l'on sait que cet acide se rencontre en général dans les kystes hydatiques; que ceux-ci renferment une forte proportion de chlorure de sodium, de l'inosite et jamais ou très exceptionnellement de l'albumine; que, de plus, on y trouve souvent des crochets caractéristiques, qui lèvent immédiatement les doutes.

Les kystes ovariques, eux, ont en général une densité plus grande, variant de 1 018 à 1 050, tandis que celle des kystes pancréatiques n'est que de 1 008 à 1 014; ils renferment un liquide trouble, brunâtre, jaunâtre, verdâtre, souvent gris-blanchâtre; puis ils contiennent de l'albumine, de l'épithélium cylindrique et des cristaux de cholestérine.

Ces caractères se rapprochent jusqu'à un certain point de ceux qu'offrent les kystes pancréatiques; à eux seuls, ils ne sauraient suffire pour établir le diagnostic différentiel; d'autant plus que certains kystes ovariques contiennent parfois un liquide filant, analogue à la salive, qui en impose pour un kyste pancréatique. C'est précisément à cette dernière propriété qu'est due l'erreur commise chez la malade qui m'a suggéré l'idée de ce travail; erreur d'autant plus excusable, qu'outre ces qualités tout à fait spéciales du liquide kystique, la tumeur occupait l'hypocondre gauche et s'était développée dans cette région; que, de plus, elle ne semblait pas avoir le moindre rapport avec les organes génitaux, séparée qu'elle était de l'arcade de Fallope par une zone sonore, correspondant à des anses intestinales. Son mode d'accroissement s'était d'ailleurs fait de haut en bas, comme dans les tumeurs des parties supérieures de l'abdomen, à l'inverse, par conséquent, de ce que l'on observe dans le développement des tumeurs abdominales inférieures.

On voit par cet exemple, heureusement fort rare, que les difficultés sont parfois insurmontables; ce n'est que par une observation rigoureuse, des examens répétés, et souvent par

exclusion, qu'on arrivera à faire le diagnostic différentiel entre les kystes ovariques et les kystes du pancréas.

Dans les kystes du ligament large, le liquide est clair, transparent; il contient de la paralbumine; sa densité est de 1004 à 1009.

Dans l'hydronéphrose, le liquide est clair; il renferme des dépôts constitués par les éléments de l'urine. Ce dernier caractère fait cependant parfois défaut, de sorte qu'on peut rester dans le doute.

Dans l'ascite, le liquide est citrin; il contient une quantité plus ou moins abondante de fibrine, qui se coagule à l'air libre, et des globules blancs et rouges en proportions variables. Sa densité est de 1010 à 1015.

Ces trois dernières affections prêtant moins souvent à la confusion, je ne crois pas devoir insister davantage sur le diagnostic différentiel.

Il me reste à parler des kystes du rein et des kystes du mésentère, qui par leur position, leurs rapports anatomiques, leur situation spéciale dans l'arrière-cavité des épiploons, se rapprochent jusqu'à un certain point des kystes que nous avons en vue dans ce travail. Voyons si les qualités du liquide de ces différentes tumeurs vont nous permettre d'établir une distinction utile.

Les *kystes du rein* d'abord. Je passe sous silence les *kystes sanguins*, qui n'atteignent jamais que de bien faibles dimensions; les plus volumineux offrant à peine le volume d'une noisette. Quant aux *kystes urinaires*, ils contiennent toujours la substance caractéristique de l'urine, l'urée; nous avons vu plus haut que cette substance se rencontrait parfois dans les kystes du pancréas, de sorte que ce signe n'a pas une importance capitale au point de vue diagnostique. Ce qui nous tirera d'embarras, c'est le volume généralement fort petit de ces productions pathologiques; cependant, comme elles sont multiples et conglomérées, elles peuvent se réunir entre elles pour former une poche unique d'un grand volume, ainsi que le prouve un fait de Rosenstein (cité par Péan, *Tumeurs de l'abdomen et du bassin*, p. 223), où le kyste avait la grosseur d'une tête d'enfant. Dans les cas de ce genre le diagnostic est fort

difficile, car les autres éléments qu'on rencontre dans le liquide kystique : albumine, leucine, sang plus ou moins altéré, cristaux de cholestérine, se retrouvent dans les kystes du pancréas.

Les *kystes séreux* peuvent atteindre un volume considérable, celui d'une tête de fœtus (Cruveilhier) ou d'adulte ; mais, à tout prendre, c'est l'exception ; on peut dire qu'ils forment rarement une tumeur reconnaissable pendant la vie par la palpation ou la percussion.

L'examen du liquide de ces kystes ne peut renseigner en aucune façon, il renferme des éléments qui n'ont aucun caractère propre : albumine, globules sanguins, cholestérine.

Quant au contenu des *kystes du mésentère*, il ressemble, d'après Barth (*Bull. Soc. anat.*, 1848, p. 39), à une substance semblable à celle que l'on obtiendrait en broyant de la matière crayeuse dans une petite quantité de liquide. Dans le cas que M. Tillaux a opéré avec succès et qu'il a présenté en son nom et à celui de Millard à l'Académie de médecine (séance du 17 août 1880), les caractères sont à peu près identiques : « Le liquide, épais, crémeux, d'un blanc laiteux, avait l'odeur de la graisse. Il était grumeleux ; mais ces grumeaux ne différaient que par leur consistance, du liquide lui-même.

Examinés après la ponction, le liquide du kyste et les grumeaux étaient constitués exclusivement par la graisse sous forme de gouttelettes libres, de dimensions diverses, et d'aiguilles cristallines, présentant la configuration des cristaux de margarine. »

Mêmes propriétés dans l'observation de Küster (*Ein chirurg. Trienn.* Berlin, 1882. Kyste séreux, ablation, mort) : « Le liquide aspiré est blanc comme du lait, opaque, d'une faible et douce odeur, rappelant celle de la noix de coco. La réaction chimique est neutre, le liquide se caille par la cuisson et par l'addition de l'acide nitrique sans s'éclaircir. Il contient 7,34 °/₀ d'albumine et 5,94 °/₀ de graisse et de cholestérine. L'examen microscopique montre une masse énorme de gouttelettes de graisse. »

Ces caractères, sur lesquels s'est longuement étendu Augagneur dans sa thèse d'agrégation (*Tumeurs du mésentère*, Paris, 1886), peuvent se modifier plus tard. Dans les kystes

d'un plus grand volume, le contenu peut être parfois verdâtre (Tillaux), jaune orange (Thornton); mais la présence de la graisse en quantité plus ou moins abondante, même une fois qu'ils sont devenus franchement séreux, est, ce me semble, assez caractéristique pour permettre de les distinguer des kystes pancréatiques, où cette substance se rencontre plus exceptionnellement.

En résumé, l'analyse du liquide retiré par la ponction exploratrice, permettra, dans un certain nombre de cas, de déterminer le lieu d'origine de la tumeur d'une manière plus ou moins approximative. Mais cet examen seul resterait infructueux, si l'on n'étudiait en même temps les rapports du néoplasme avec les organes voisins, ou si l'on négligeait de s'enquérir sur son mode d'accroissement, sur sa marche, etc. Il nous faut donc compléter les notions acquises jusqu'à présent, et préciser, à l'aide de certaines données cliniques et anatomiques, les points qui offrent encore quelque obscurité.

Diagnostic du siège de la tumeur.

Avant tout, il s'agit de déterminer si la tumeur est pariétale ou cavitaire.

Comme l'a fort bien établi Augagneur (*loc. cit.*), le premier soin en présence d'une tumeur de l'abdomen doit être l'élimination des tumeurs de la paroi. La palpation suffit le plus souvent. Plusieurs artifices, dit-il, permettent aussi d'acquérir à cet égard une certitude plus grande. Si la tumeur, mobile dans le relâchement, devient fixe quand le malade contracte les muscles droits, c'est qu'elle est développée dans la paroi.

Tout récemment M. L. Labbé a montré combien ce signe avait d'importance (L. Labbé et Ch. Remy, *Traité des Fibromes de la paroi abdominale.* Paris, 1888) pour le diagnostic des fibromes de la paroi abdominale, dont l'immobilisation, pendant la contraction de ses muscles, est un symptôme caractéristique.

M. Tillaux conseille de marquer avec un crayon dermographique le point culminant de la tumeur; puis, de faire exécuter par le malade quelques mouvements forcés d'inspiration. Si la tumeur est dans la paroi, le trait marqué par le crayon et le

point culminant de la tumeur restent fixes; si non, ils varient dans leurs rapports.

Les néoplasmes pariétaux une fois éliminés, il s'agit de reconnaître à quel organe appartient la tumeur qu'on a sous les yeux.

Il est utile de rappeler d'abord que, tandis que la plupart des viscères de l'abdomen sont contenus dans la cavité péritonéale proprement dite, d'autres sont situés en dehors de cette cavité. C'est donc à déterminer ce premier point que devront tout d'abord tendre nos efforts. Comment arriverons-nous au but ?

Tillaux, dans une leçon clinique parue il y a trois ans[1], a bien établi les signes qui permettent de faire la distinction.

Lorsque, dit-il, la tumeur se développe dans l'espace *sous-péritonéal*, soit au niveau des reins, du pancréas ou du mésentère, elle refoule l'intestin au devant d'elle; par conséquent, toutes les fois que l'on rencontre une anse intestinale interposée entre une tumeur volumineuse et la paroi abdominale, l'on devra penser qu'elle a pour point de départ l'espace sous- ou rétro-péritonéal. Lorsqu'au contraire la tumeur se développe dans l'espace intra-péritonéal, elle vient généralement se mettre directement en contact avec les parois abdominales, sans interposition d'anses intestinales.

Il faudra donc, avant toute autre chose, établir ce premier point. Sans doute, comme le dit M. Le Dentu, il n'a rien de pathognomonique au point de vue spécial des kystes du pancréas, mais il permettra de résoudre cette question qui domine le diagnostic de toutes les tumeurs abdominales, à savoir, si la tumeur qu'on a sous la main est ou non en contact avec la paroi abdominale.

Ici il convient de rappeler que les rapports que je viens de signaler sont loin d'être constants. Spencer Wells[2], Nélaton et

---

1. Tillaux, *Tumeurs de l'arrière-cavité des épiploons; diagnostic des tumeurs abdominales*, in *Gaz. des Hôpit.*, 1886, n° 95, p. 758, et *Traité de Chir. clin.*, t. II, 1er fasc., p. 156 et suivantes.

2. Spencer Wells, *The Dublin quarterly Journal of medic. scienc.*, février 1867.

d'autres ont fourni des observations de kystes de l'ovaire où les intestins s'étaient interposés entre la tumeur et la paroi; d'autre part, j'ai publié un cas de kyste hydatique du rein gauche, où le côlon descendant, au lieu d'être situé en avant du kyste, avait été fortement dévié à gauche et refoulé en arrière, de sorte que la tumeur se trouvait en contact direct avec la paroi abdominale (*loc. cit.*).

Il n'en est pas moins vrai que ce sont là des faits exceptionnels, que l'on constate parfois lorsqu'une tumeur remplit toute la cavité abdominale. Dans ces cas, le diagnostic ne peut être établi d'une façon précise. Par contre, lorsqu'une tumeur est de moyen volume, que ses contours peuvent être délimités, le signe indiqué par M. Tillaux a une grande importance.

Je suppose qu'il ait permis de reconnaître qu'une tumeur est rétro-péritonéale, peut-on porter un diagnostic plus précis et savoir si elle s'est développée dans le rein, le mésentère ou le pancréas?

Voici, d'après Tillaux également, quelques données qui pourront quelquefois nous renseigner:

« Si la tumeur siège dans le mésentère, dit-il, que ce soit un kyste, un lipome, un fibrome, etc., elle sera médiane, parce que le mésentère est situé lui-même sur la ligne médiane. Dans la majorité des cas, une tumeur médiane ayant pour siège la région ombilicale et recouverte d'anses intestinales est une tumeur du mésentère.

Autre caractère important: cette tumeur pourra facilement être déplacée de droite à gauche et réciproquement, parce qu'elle peut osciller autour d'un large pédicule, qui est formé par la base du mésentère, laquelle a une hauteur de 12 centimètres.

Si la tumeur siège dans l'un des reins, elle n'est pas médiane, mais occupe plutôt l'un des flancs; elle est beaucoup moins mobile qu'une tumeur du mésentère.

Si le kyste s'est développé dans le pancréas, il sera médian comme ceux du mésentère, mais atteindra difficilement le même degré de mobilité. » Cette faible mobilité, propre aux kystes pancréatiques, est notée dans la plupart de nos obser-

vations; cependant elle peut acquérir, dans certains cas, plus d'ampleur et induire en erreur.

C'est alors que le signe indiqué par M. Le Dentu pourra acquérir une valeur considérable. Je veux parler du son hydro-aérique, perçu au devant de la tumeur, signe sur lequel j'ai déjà attiré l'attention plus haut. Il s'agit maintenant de fixer les conclusions qu'on pourra tirer de sa présence. Comme le dit M. Le Dentu, «il n'atteste qu'une chose, c'est que l'on a sous le doigt une cavité contenant du liquide et du gaz; mais cette cavité peut être aussi bien un kyste ou un abcès indépendant du pancréas et communiquant avec le tube digestif, que le tube digestif lui-même; aussi les circonstances concomitantes et les commémoratifs seront-ils d'un grand secours pour le diagnostic, et l'on ne sera autorisé à s'arrêter à l'idée d'un kyste du pancréas, qu'après s'être assuré: 1° que le son hydro-aérique est constant ou se retrouve facilement en avant de la tumeur; 2° qu'il n'y a pas eu, à une époque plus ou moins éloignée, rupture dans l'intestin et pénétration des gaz du tube digestif dans la poche.

Voilà pour le cas où l'observateur n'aura pas assisté à l'apparition des symptômes. Mais si le hasard le rend témoin de l'affaissement de la tumeur, par suite de rupture, il faudra rechercher si celle-ci s'est faite dans l'intestin, dans la cavité péritonéale ou dans un des reins. Outre les indications fournies par l'examen des selles et des urines, et même en leur absence, l'apparition d'une péritonite plus ou moins intense et la présence d'un épanchement dans le péritoine, donneront au son hydro-aérique une valeur qu'il n'aura pas dans des circonstances opposées; alors seulement le diagnostic pourra être précis.»

Malheureusement ce symptôme important n'a été constaté qu'une seule fois; les conditions de sa production ne se réalisant que rarement, on ne saurait donc en faire un symptôme vulgaire de diagnostic; force sera de chercher d'autres signes, d'autres modes d'investigation capables de nous renseigner d'une façon plus précise; car, ni la situation de la tumeur, ni sa fixité ne constituent des signes suffisamment caractéristiques pour poser le diagnostic, et la percussion ne renseigne pas non plus toujours.

On pourra recourir alors à la méthode que Minkowsky et Naunyn[1] viennent de préconiser tout dernièrement pour le diagnostic des tumeurs de l'abdomen; méthode assurément digne de fixer l'attention des chirurgiens. Elle consiste à pratiquer le gonflement artificiel de l'estomac par le gaz acide carbonique et à faire des injections massives d'eau dans le gros intestin. On détermine d'abord la position de la tumeur, l'estomac étant vide, et on enregistre exactement cette position sur un schéma graphique. Puis on fait avaler au malade du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique en quantité suffisante pour bien distendre l'estomac par le gaz carbonique. On constate le déplacement de la tumeur abdominale ainsi obtenu et on l'enrègistre sur le schéma. Après avoir ensuite extrait de l'estomac, au moyen d'une sonde œsophagienne molle, tout le gaz qu'il contenait, on verse dans le gros intestin deux à trois litres d'eau.

L'eau est introduite, au moyen de l'appareil à entonnoir de Hégar, à une pression modérée (ne dépassant pas 30 à 50 millimètres de la colonne barométrique). On enregistre alors sur le schéma le nouveau déplacement de la tumeur, et aussi, autant que possible, la position des anses intestinales remplies d'eau.

Cette méthode est très utile en général; elle est précieuse pour faire le diagnostic différentiel entre les kystes du rein et les kystes pancréatiques. Les développements dans lesquels nous sommes entré nous ont appris qu'en somme c'était entre ces deux affections que le doute pouvait subsister. En effet, il sera désormais facile, maintenant que l'attention est fixée sur les kystes pancréatiques, de les différencier des kystes ovariques et en général des kystes des régions inférieures de l'abdomen. La situation de ces derniers, leur accroissement de haut en bas, l'exploration digitale du vagin et du rectum permettront en effet, d'une part, d'exclure les tumeurs développées dans l'utérus ou ses annexes; la percussion et la méthode de Minkowsky rendront, d'autre part, des services pour éliminer les tumeurs de la rate et du foie, ces organes étant refoulés à gauche ou à droite sous l'influence de la dilatation stomacale.

---

1. Voy. *Bulletin médical*, 1888, n° 71.

Restent par conséquent les kystes du rein ; ils occupent parfois la ligne médiane, comme je l'ai démontré dans un travail récent (*loc. cit.*); de plus, ils peuvent être doués d'une mobilité plus ou moins grande, qui tient alors au déplacement du rein. Ces deux conditions se trouvaient réalisées dans l'observation personnelle que j'ai fait connaître naguère. Comment alors reconnaître l'organe affecté ?

La méthode de Minkowsky, précieuse dans ces cas, nous viendra en aide. En effet, si on remplit d'eau le gros intestin, la tumeur rénale remonte d'abord un peu en haut, puis devient difficilement perceptible à la palpation, et disparaît enfin dans la profondeur. Si le rein est déplacé par le fait de sa maladie, comme c'est souvent le cas, l'injection d'eau le fait revenir à sa place ; la dépression anormale ou la diminution de résistance des parties dans la région rénale, dans le cas de tumeurs du rein ou de simple rein mobile, sont remplacés, après l'injection d'eau dans l'intestin, par une proéminence marquée de la partie correspondante de la région lombaire, et on peut y constater, à la palpation, la présence du rein, absent avant l'injection. C'est alors par exclusion qu'on arrivera à diagnostiquer un kyste du pancréas.

Quand les tumeurs du rein sont très volumineuses, elles ne disparaissent pas complètement après l'injection ; leur bord médian ou interne devient seulement moins perceptible à la palpation. Mais tandis qu'un kyste du pancréas restera dans une position à peu près invariable, tout en étant plus ou moins masqué, une tumeur du rein se déplacera très manifestement dans la direction postéro-externe.

En résumé, le diagnostic des kystes pancréatiques est entouré des plus grandes difficultés. Mais en notant avec soin les signes fournis par la palpation, la percussion, quelquefois par la ponction exploratrice et surtout par le gonflement artificiel de l'estomac, en tenant compte, d'autre part, de certaines conditions étiologiques, en analysant les quelques rares symptômes que pourra présenter le malade, on arrivera dans nombre de cas à poser en temps utile le diagnostic, qui permettra d'appliquer à ces tumeurs la seule thérapeutique rationnelle et efficace.

Pronostic.

Le pronostic des kystes du pancréas découle des renseignements que nous ont fournis leurs symptômes, leur marche et les complications qu'ils peuvent faire naître.

Sans doute on peut dire que ces kystes ne constituent pas par eux-mêmes une affection très grave, étant donnée la lenteur de leur évolution. On peut vivre des années tout en étant porteur d'un kyste pancréatique, sans même que l'état général en soit affecté. Ce qui le prouve, ce sont les nombreux cas de kystes qui ont passé inaperçus pendant la vie et qui n'ont jamais atteint un grand volume. Il en est de même des kystes plus gros; cependant, à mesure qu'ils se développent, la santé s'altère; mais c'est alors moins par le fait du volume qu'ils acquièrent, que par les altérations qu'ils entraînent du côté du tissu glandulaire. Celui-ci s'atrophie, subit la dégénérescence graisseuse; la cachexie survenant, la mort s'ensuit à bref délai. D'autres fois, c'est par quelque complication due à la compression qu'exerce le kyste sur les organes voisins que surgissent les accidents mortels.

Il en résulte que les kystes pancréatiques, abandonnés à eux-mêmes, ont un pronostic sérieux dans la majorité des cas, bien qu'à longue échéance.

Le devoir du chirurgien est par conséquent tout tracé. Il interviendra dès que la tumeur aura été reconnue, et il n'attendra pas que la santé du malade ait subi une altération trop sensible. Il a le droit aujourd'hui d'agir vite, car il est en possession de moyens qui rendent son intervention presque inoffensive. Nier le fait, serait faire preuve d'une timidité exagérée, pour ne pas dire d'une coupable indifférence.

Il devra, par conséquent, faire bénéficier le malade des ressources dont il dispose, et cela le plus tôt possible; car d'une opération pratiquée en temps opportun dépendra le succès.

CHAPITRE V.

TRAITEMENT.

Sommaire. — Idées qui naguère avaient cours dans la science sur le traitement chirurgical des kystes du pancréas. — Revirement opéré dans ces dernières années.

Résultats généraux du traitement chirurgical. — Mortalité.

Procédés opératoires. — *a*) Ponction simple : Son inefficacité, ses dangers doivent la faire rejeter.

b) Procédé de Récamier. Il doit être condamné, comme le précédent, à cause de ses dangers.

c) *Laparotomie avec incision et suture du kyste à la paroi abdominale.*

A. *Opération en deux temps.*

Technique opératoire. — Résultats. — Appréciation.

B. *Opération en un temps.*

Technique opératoire. — Suites et résultats. — Appréciation.

d) *Extirpation totale.*

Ses dangers. — Hémorragie. — Adhérences. — Blessure du côlon, de la paroi du kyste. — Collapsus. — Absence de pédicule. — Analyse des cas d'extirpation totale. — Appréciation.

Résumé du traitement.

Tableaux statistiques.

« Parler du traitement des kystes pancréatiques est presque une superfluité. A supposer que le diagnostic ait pu être établi, les rapports de la tumeur suffisent pour faire rejeter toute tentative de guérison par les moyens chirurgicaux.

« Dans les cas douteux, il vaudra encore mieux rester inactif que de s'exposer à une erreur funeste. L'insuffisance des moyens purement médicaux étant reconnue de tous, l'abstention doit être posée en règle absolue et les kystes du pan-

créas relégués au rang des affections contre lesquelles l'art doit avouer son impuissance. »

C'est ainsi que s'exprimait, il y a une vingtaine d'années, M. Le Dentu, dans le remarquable Mémoire qu'il communiqua à la Société anatomique de Paris (*loc. cit.*).

Aujourd'hui assurément M. Le Dentu modifierait son opinion ; car il est certain que dans cette question, comme dans tant d'autres qui touchent à la thérapeutique chirurgicale des tumeurs de l'abdomen, nous avons réalisé des progrès considérables. M. Le Dentu est le premier à le reconnaître.

Cependant, si l'on en juge par les écrits les plus récents sur ce sujet, il ne semble pas que le traitement opératoire des kystes du pancréas ait gagné beaucoup de terrain, en France du moins. Voici, en effet, comment s'exprimait, il y a dix ans à peine, M. Péan à ce sujet[1] :

« Les maladies du pancréas n'ont jamais appelé l'attention des chirurgiens, ce qui tient à leur rareté, à ce que le siège que cette glande occupe dans la cavité abdominale est profond, peu accessible à nos moyens physiques d'exploration, enfin à ce que les troubles fonctionnels dont elle est le point de départ ont été le plus souvent attribués aux maladies des viscères importants qui l'avoisinent. Ces considérations suffisent à faire comprendre pourquoi les observations de tumeurs du pancréas qui ont été publiées, sont peu nombreuses; si nous ajoutons que ces tumeurs sont peu volumineuses, peu accessibles à la vue et au toucher, on nous pardonnera d'être bref au sujet de leur description et de les mentionner plutôt dans le but d'attirer sur elles l'attention de l'anatomo-pathologiste et du médecin que celui du chirurgien, dont les moyens d'action, en supposant même que le diagnostic soit moins obscur qu'il ne l'est dans l'état actuel de la science, seront longtemps encore difficilement applicables. »

Et plus loin : « Les ressources thérapeutiques dont nous disposons pour traiter les tumeurs du pancréas sont à peu

---

1. Péan, *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, t. I, p. 1076, etc. Paris, A. Delahaye et Cie, 1880.

près nulles : il est à peine besoin de dire que le traitement ne peut être qu'exclusivement médical. »

M. Tillaux partageait naguère encore la même opinion : « Le pancréas, dit-il, dans son *Traité d'anatomie topographique*, est de tous les viscères contenus dans la cavité abdominale celui dont le chirurgien doit le moins se préoccuper, à cause de la profondeur à laquelle il est situé. »

En ce qui concerne les tumeurs solides, l'opinion de ces deux maîtres est assurément partagée par tous les chirurgiens; et il semble précisément que ce sont elles qu'ils ont eues plus particulièrement en vue dans leur appréciation ; mais comme, d'autre part, ils ne mentionnent pas les kystes d'une façon spéciale, il est évident qu'ils les comprennent dans la catégorie des tumeurs en général; leur jugement en ce qui concerne le traitement des kystes est, par conséquent, le même que celui qu'ils portent sur ces tumeurs.

Or, dans ces toutes dernières années, la chirurgie du pancréas, reléguée dans le domaine des impossibilités, est devenue une réalité. L'idée de s'attaquer à cet organe a pris corps; on commence à étudier plus complètement ses maladies, on s'occupe de les traiter chirurgicalement, on s'enhardit, on conseille d'intervenir dans les cas de kystes. La preuve, nous la trouvons dans une revue générale sur les maladies du pancréas, publiée par M. Nimier dans les *Arch. gén. de médecine* (1887, vol. II, p. 309).

Son titre déjà nous montre des tendances fort différentes de celles qui avaient cours quelques années auparavant. L'auteur l'intitule résolument : « De l'intervention opératoire dans les affections du pancréas. » C'est dire que son Mémoire est un plaidoyer en faveur de l'acte chirurgical, qui seul, dans certaines affections pancréatiques, peut sauver le malade. Qu'on en juge d'ailleurs par ces quelques lignes : « Parmi les organes qui, il y a quelques années encore, paraissaient devoir échapper à l'action chirurgicale, le pancréas pouvait être cité dans les premiers. Il n'en est plus de même actuellement. Étudiée en Amérique et en Allemagne, la question de l'intervention opératoire dans les affections pancréatiques a fait son chemin, et l'extirpation de la glande, l'ouverture de ses abcès et de ses

kystes ont donné lieu à des discussions et ont fourni des observations intéressantes. » Et plus loin, lorsqu'il s'occupe spécialement des kystes : « Les menaces de mort subite par hémorragie intra-kystique, de mort plus ou moins lente, due à l'atrophie, à la dégénérescence graisseuse de l'organe ou à des accidents inflammatoires, plaident en faveur de l'intervention chirurgicale. »

Un revirement semble donc s'opérer dans les esprits. Ce qui semble l'indiquer et ce qui en est une preuve nouvelle, c'est que dans son récent *Traité de chirurgie clinique*, M. Tillaux consacre un paragraphe spécial aux tumeurs du pancréas[1]. Après en avoir tracé l'histoire en quelques lignes, l'éminent clinicien, plus réservé que M. Nimier, ajoute ceci : « Quant au traitement, n'intervenez activement que sous la pression d'accidents rendant la vie impossible ou insupportable, et encore à condition que vous ne soyez pas convaincus qu'il s'agit d'un cancer. Si c'est une tumeur bénigne, pratiquez-en de votre mieux l'énucléation et drainez largement le champ opératoire. En cas de kyste, si la ponction évacuatrice est démontrée insuffisante, fixez-en les parois à la plaie de l'abdomen, après avoir ouvert, vidé, lavé et drainé la poche. »

Une preuve plus éclatante encore de la hardiesse qu'ont acquise les chirurgiens dans ces toutes dernières années, ce sont les cas, de plus en plus nombreux, de kystes pancréatiques opérés à l'étranger. Ils vont nous servir de base pour établir les règles du traitement opératoire.

Quatre procédés opératoires différents ont été employés pour la cure des kystes en question :

Ce sont :

1° la ponction simple;
2° le procédé de Récamier;
3° la laparotomie suivie de l'incision du kyste en un seul ou en deux temps avec suture et drainage;
4° l'extirpation totale.

---

1. Tillaux, *Traité de chirurgie clinique*, t. II, fasc. I, p. 165. (Paris, Asselin et Houzeau, 1888.)

Ces différents procédés ont été appliqués dans trente-deux cas. Ils ont fourni en bloc :

25 guérisons,
7 morts,

soit une mortalité générale de 21,8 p. 100.

Deux de ces cas de mort sont absolument étrangers au traumatisme. En effet, le malade de Dixon, mort de cachexie trente-six jours après une simple ponction, serait mort assurément sans cette intervention, qui, dans le cas spécial, n'a pas eu de suites directement fâcheuses. Ce léger traumatisme opératoire, si tant est que l'on puisse donner ce nom à une simple ponction, ne saurait donc être incriminé ici. Aussi je défalquerai ce cas de la statistique établie plus haut, attendu qu'il ne saurait en bonne justice entrer en ligne de compte.

Pour des raisons analogues j'exclurai le cas de Kootz, qui peut être considéré comme un succès opératoire. Sans une péricardite mortelle, complètement indépendante de l'acte opératoire et survenue au bout de sept semaines, on peut affirmer que l'opéré aurait guéri.

Il en résulte qu'au lieu de 7 morts, nous n'avons plus que 5 morts sur 32 opérés, ce qui donne une mortalité de 15,7 p. 100.

Ces cinq cas de mort doivent être mis sur le compte de l'intervention. Encore est-il juste de dire que l'un d'eux (Obs. recueillie par Le Dentu) date d'une époque lointaine, d'une époque où ces kystes étaient à peine connus et où les moyens dont nous disposons actuellement étaient lettre morte.

Un autre de ces faits concerne une opération restée incomplète (Hagenbach-Socin) par le fait de circonstances particulièrement graves (collapsus, symptômes d'iléus).

En faisant abstraction de ces deux observations, nous n'avons plus par conséquent que 28 observations, qui ont fourni 25 guérisons et 3 morts, soit 10,7 p. 100 de mortalité.

Ce chiffre représente la mortalité effective, due à l'intervention chirurgicale. Mais il faut remarquer que ces trois cas de mort se répartissent sur les treize premières opérations ; ils appartiennent à la période de tâtonnements. Il n'est pas

étonnant dès lors que l'intervention, n'étant pas réglée comme elle l'est aujourd'hui, ait eu une issue funeste. J'ajoute, pour défendre cette opinion, que les 19 cas suivants, plus récents, ont tous été couronnés de succès.

Il s'agit maintenant d'analyser les opérations qui ont été pratiquées dans chaque cas particulier, d'étudier isolément les procédés qui ont été mis en œuvre, d'établir la part qui revient à chacun d'eux dans la terminaison, afin d'être fixé sur leur valeur respective. C'est ce que nous allons faire dans les paragraphes suivants.

I. Ponction simple.

C'est à peine si on peut compter la ponction comme un procédé usité. Aussi je ne la citerai que pour mémoire et dans le but de prouver son inefficacité absolue au point de vue de la cure radicale des kystes pancréatiques. Elle n'a été faite qu'une seule fois, et plutôt à titre d'exploration qu'à titre de traitement curatif. Toujours est-il qu'elle s'est montrée absolument inefficace; deux jours après, en effet, le kyste se reformait, et trente-six jours plus tard le malade succombait. Sans doute, ce n'est pas cette minime intervention qui a déterminé la mort; le malade cachectisé était condamné d'avance. Mais on peut se demander si une intervention différente, pratiquée en temps opportun, n'eût pas été capable de le sauver. Pour ma part, étant donnés les renseignements fournis par l'autopsie, je n'hésiterais pas à répondre par l'affirmative.

Quoi qu'il en soit, ce procédé me semble devoir être rejeté à cause de son inefficacité, démontrée par l'observation suivante, et de ses dangers possibles, suffisamment prouvés par les observations de Wölfler, de Karewsky, etc., mentionnées au paragraphe concernant les avantages et les inconvénients de la ponction exploratrice. (Voy. chapitre IV.)

Je ne reprendrai donc plus cette question ici, le lecteur devant être suffisamment édifié sur la valeur de ce mode de traitement, d'après les considérations fournies au chapitre précédent.

Voici, à titre de document, l'observation à laquelle j'ai fait allusion dans ce paragraphe.

Dégénérescence kystique du pancréas. Ictère par compression du cholédoque.

(*New-York med. Record*, mars 1884.)

Homme de 42 ans. Trois mois avant son admission à l'hôpital, il avait présenté à trois reprises différentes des symptômes de coliques hépatiques.

Depuis dix jours s'était déclaré un ictère.

Dans la région de la vésicule biliaire existe une tumeur de 4 pouces de diamètre; elle est mobile, suit les mouvements du foie pendant la respiration et est soulevée par les pulsations de l'aorte. Une ponction exploratrice évacue quatre onces de liquide jaune rougeâtre, qui se coagule par le repos. Deux jours après la ponction, la tumeur augmente notablement de volume; le patient s'affaiblit de plus en plus, et meurt au bout de trente-six jours.

Autopsie. — La tumeur est un kyste du pancréas, à parois épaisses, à contenu jaunâtre, visqueux, dans lequel kyste aboutit le canal pancréatique. La tumeur occupe la région de la tête et d'une partie du corps; la queue du pancréas est également transformée en un petit kyste. Le grand kyste comprime et obture le canal cholédoque, d'où ictère.

II. Procédé de Récamier.

Ce procédé, comme on sait, a pour but de déterminer des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale; on commence par faire des applications successives d'un caustique quelconque (potasse caustique, pâte de Vienne) sur la peau de l'abdomen au niveau du point le plus saillant de la tumeur. L'effet qui en résulte au bout de quelques jours, est l'apparition d'une escarre plus ou moins large, plus ou moins profonde, suivant la quantité et la qualité de la substance employée.

Cette escarrification des téguments s'accompagne dans la profondeur d'un travail inflammatoire plus ou moins intense, qui a pour effet de souder intimement le péritoine pariétal au péritoine qui recouvre la tumeur. Lorsqu'on juge les adhé-

rences assez solides, on incise l'escarre et on pénètre dans le kyste, soit en le ponctionnant, soit en l'incisant. Grâce aux connexions intimes établies entre ces différents plans par l'action du caustique, le péritoine se trouve à l'abri de toute contamination, de toute souillure, et la guérison peut être obtenue sans aucune complication. A l'époque où l'ouverture du péritoine inspirait encore aux chirurgiens de légitimes appréhensions, ce procédé pouvait être considéré comme un progrès indéniable. La sécurité qu'il procurait, la facilité de son exécution devait le faire adopter; et de fait, on lui doit dans la guérison de certains abcès, de certains kystes abdominaux, d'éclatants succès. Employé tout d'abord pour la cure des kystes hydatiques du foie, on a généralisé son emploi à d'autres kystes de l'abdomen avec des succès divers. Puis on a reconnu que ce procédé était infidèle et que la sécurité qu'on croyait pouvoir lui octroyer, n'était rien moins que certaine. Plusieurs objections sérieuses lui furent adressées. D'abord le peu de garanties qu'il offrait au sujet de la formation des adhérences, la lenteur que celles-ci mettaient parfois à se former. Je rappellerai à ce sujet une observation de Nélaton, ayant trait à un kyste hydatique du rein[1], qui fut traité par le procédé en question. Or, après vingt jours, il n'y avait pas d'adhérences entre le kyste et la paroi abdominale. Nélaton fit une nouvelle application de caustique, et, au bout de vingt-cinq jours, ponctionna le kyste à travers l'escarre. Quarante-cinq jours d'attente avant de pouvoir agir efficacement !

Même délai, ou peu s'en faut, dans une observation de Michon (v. Béraud, *loc. cit.*), se rapportant à un kyste de la rate. Trente-quatre jours entre la première application de caustique et la ponction du kyste !

C'est bien long. Qu'il surgisse entre temps quelque complication (occlusion intestinale, ictère par compression, etc.), le chirurgien assistera les bras croisés au dénoûment fatal, ou bien, se voyant la main forcée, il agira dans des circonstances assurément plus défavorables que s'il s'était décidé à intervenir dès le début par un procédé différent.

---

1. Voy. Bérand, *Des hydatides du rein.* Thèse de Paris, 1861, p. 80.

Une objection non moins sérieuse a été faite au procédé de Récamier : la difficulté d'obtenir un écoulement suffisant par le trou de la ponction. Dans l'observation de Nélaton, en effet, cette ouverture, trouvée insuffisante, dut être dilatée. Il en résulta une péritonite enkystée qui guérit. Le kyste s'étant reproduit, on dut le ponctionner une seconde fois. L'opéré mourut de péritonite généralisée le neuvième jour.

Mêmes tribulations dans le cas de Michon. Ce chirurgien, dans le cas que j'ai mentionné, dut faire plusieurs ponctions avec des trocarts de plus en plus gros, pour combattre la suppuration et la fièvre hectique qui menaçaient d'emporter l'opéré. La guérison fut obtenue, mais le malade ne put être évacué qu'au bout de quatre mois et demi.

Ce qui rend ce procédé particulièrement dangereux dans les kystes du pancréas, ce sont les rapports spéciaux qu'ils affectent avec les organes voisins, particulièrement avec l'estomac. Sans doute, ces rapports peuvent être tels, que, dans certains kystes particulièrement développés, la paroi antérieure de la tumeur vienne se mettre en contact direct avec la face postérieure des téguments abdominaux. Dans ces circonstances on ne courrait pas grand risque, à part les objections formulées il y a un instant, en appliquant le procédé de Récamier, si pour une raison ou une autre on ne disposait pas d'un moyen différent. Encore est-il que la détermination exacte de ces rapports n'est pas toujours facile; l'estomac, le côlon transverse peuvent, à un moment donné, s'insinuer entre le kyste et la paroi et exposer le chirurgien qui aurait eu recours au procédé en question, aux plus graves mécomptes.

L'observation que nous a fait connaître M. Le Dentu, doit nous mettre en garde contre la possibilité d'une pareille éventualité.

On se souvient que chez le malade dont il nous a retracé l'histoire, l'application du procédé de Récamier eut les plus graves conséquences.

Une dizaine de jours après la première application de potasse caustique sur la partie saillante d'un kyste abdominal supérieur, son chef de service fit une ponction au fond de l'escarre. Il s'écoula 4 à 5 cuillerées d'un liquide muqueux.

Aussitôt le malade tomba dans un état d'anxiété extrême; une heure après se déclarait une péritonite rapidement mortelle.

L'autopsie fit voir que l'escarre correspondait à la face antérieure de l'estomac, qu'il n'y avait pas d'adhérences entre cet organe et la paroi abdominale, bien que la mortification des tissus fût arrivée jusqu'au péritoine. L'estomac était repoussé en avant par une tumeur grosse comme une tête de fœtus de neuf mois.

C'est, d'ailleurs, la seule observation de kyste pancréatique où le procédé incriminé a été mis en œuvre. Il faut dire que le diagnostic n'avait pas été posé; l'eût-il été, on aurait sans doute hésité à l'appliquer.

La condamnation du procédé de Récamier, pour tous les motifs que je viens d'indiquer, me paraît légitime, d'autant plus que depuis l'avènement de la méthode antiseptique nous pouvons aujourd'hui ouvrir le péritoine en toute sécurité et aborder les kystes du pancréas avec la même facilité que ceux du rein ou du mésentère.

Les deux seuls procédés sur lesquels doit porter la discussion, s'appliquent en réalité à la laparotomie suivie de l'incision et de la suture du kyste à la paroi, et à l'extirpation totale du kyste.

III. Laparotomie avec incision et suture du kyste à la paroi abdominale.

A. Opération en deux temps.

Ce procédé appliqué pour la première fois par Péan dans un cas de kyste rénal, préconisé par Volkmann pour le traitement des kystes hydatiques du foie, a été mis pour la première fois en usage dans les kystes pancréatiques par Thiersch (1881). Il n'a toutefois été érigé définitivement en méthode que quelques années plus tard, par Gussenbauer.

Thiersch, en effet, n'avait pas reconnu la tumeur qu'il avait sous les yeux; il croyait avoir affaire à un abcès de la paroi abdominale. Après avoir incisé cette paroi, il constata dans le ventre une tumeur fluctuante, dont il ne put déterminer la

nature. Jugeant prudent d'attendre que les adhérences se fussent formées, il s'arrêta et n'incisa le kyste que deux mois plus tard. Ce ne fut qu'à ce moment qu'on établit son origine pancréatique. Le procédé auquel ce chirurgien eut recours, pouvait être considéré à cette époque comme un procédé de nécessité.

Gussenbauer, par contre, fit d'emblée et de propos délibéré l'incision d'un kyste pancréatique, après l'avoir préalablement fixé à la paroi abdominale (1884) (procédé en un temps). J'ajoute qu'il est le premier qui ait fait un diagnostic à peu près rigoureux; en effet, s'il n'a pas déterminé le siège exact de la tumeur qu'il a observée, il en a du moins reconnu la nature kystique et l'origine rétro-péritonéale.

Kulenkampf, quelques mois auparavant (1882), avait répété l'opération de Thiersch dans un cas de kyste du pancréas, non diagnostiqué d'ailleurs. Ce n'est qu'en 1887 que Bull fit en pleine connaissance de cause l'opération en question (procédé en deux temps), après avoir posé un diagnostic juste.

Quoi qu'il en soit de ces questions de priorité, qui dans l'espèce n'ont qu'une importance secondaire, voici en deux mots comment il convient de pratiquer l'opération: On fait une incision sur la ligne blanche, commençant au-dessus ou au niveau du kyste, par conséquent au-dessus de l'ombilic; on la prolonge en dessous de l'ombilic de la quantité voulue, pour mettre la tumeur à nu. Cette incision médiane est celle qui permet d'arriver le plus facilement sur le kyste; elle donne un jour suffisant et permet d'agir avec toute facilité. Lorsque la tumeur proémine à gauche, on pourra, à l'exemple de Senn, de Karewsky, faire une incision parallèle au rebord des côtes, ou bien choisir la partie la plus saillante du kyste et diviser les téguments à ce niveau. D'autres fois encore on incisera le long du bord externe du muscle droit, du côté gauche. Mais, je le répète, ces incisions sont généralement inférieures à l'incision médiane, qui constitue le procédé de choix. Cela fait, on va à la recherche du kyste, qui peut se trouver en contact direct avec la paroi abdominale. Dans ce cas rien n'est plus simple. Ou bien on laissera les choses en place, ou bien on suturera le péritoine pariétal aux bords

cutanés de la plaie abdominale (*Kulenkampf*) et on appliquera un pansement antiseptique. Puis on attendra que les adhérences soient établies. Au bout de quelques jours (4 à 8 jours, Kulenkampf, Fenger) on incisera le kyste, puis on suturera ses bords à la plaie cutanée. On pourra faire cette suture d'emblée et inciser 3 ou 4 jours plus tard. Le kyste pourra dès lors être vidé, désinfecté et drainé. Il n'y aura plus qu'à attendre la guérison, qui se fera normalement si les précautions voulues ont été prises. Voici le cas le plus favorable.

Les choses sont loin de se passer toujours aussi simplement. En effet, lorsque la tumeur est profondément située, il s'agit tout d'abord de la mettre à nu. Nous avons appris à connaître les organes qui peuvent la recouvrir; il faudra par conséquent les écarter, les diviser avant d'apercevoir le kyste. Voici les couches que l'on aura à traverser, après avoir préalablement divisé la peau et le péritoine : tout d'abord l'épiploon, qui se trouve étalé au devant de la tumeur et en rapport médiat avec elle, puis le ligament gastro-colique, et finalement le mésocôlon transverse. C'est derrière ce feuillet péritonéal que se trouve la tumeur. Dans certains cas ces différentes couches adhèrent entre elles (*Bull*) et se confondent intimement, de sorte qu'un seul coup de bistouri peut la faire apparaître; d'autres fois le mésocôlon transverse se trouve soudé au kyste; peu importe, l'essentiel est de ne pas intéresser l'estomac, qu'on attirera vers l'extrémité supérieure de la plaie et qu'on maintiendra dans cette position à l'aide de compresses stérilisées chaudes. Quant au côlon, lui, il est généralement refoulé vers les parties inférieures de l'abdomen; Solger l'a rencontré derrière la symphyse pubienne; d'autres chirurgiens l'ont trouvé logé dans l'excavation pelvienne. Sa blessure semble donc peu à redouter, si l'on procède avec méthode et lenteur. Tout au plus pourrait-on le léser (*Zukowski*) en cherchant à rompre les adhérences qu'il contracte parfois avec la paroi antérieure du kyste. Mais, en allant avec douceur, on évitera cette complication.

Ce premier temps achevé, on procédera de la façon indiquée plus haut, c'est-à-dire qu'on suturera la paroi du kyste, attirée en avant, à la plaie pariétale à l'aide de quelques fils

de soie; mieux encore à l'aide de crins de Florence. Cette manœuvre dans le cas spécial présente parfois quelque difficulté, en raison de l'éloignement normal des deux plans à rapprocher. On y remédiera dans une certaine mesure, en donnant à l'incision externe, comme le conseille M. Nimier, assez de longueur pour que ses lèvres puissent être refoulées en arrière, et l'on se gardera de vider le kyste avant de l'avoir ainsi fixé. On se comportera, pour mener l'opération à bien, comme il a été dit plus haut.

Une manœuvre recommandée par quelques chirurgiens (Fenger, Nimier) dans le cas où le kyste plonge profondément dans l'espace rétro-péritonéal et sur laquelle je désire encore appeler l'attention, consiste à passer un drain en arrière à travers la région lombaire, au-dessus du rein. A cet effet, on pousse une longue pince dans la paroi postérieure du kyste, jusqu'à ce qu'on la sente sous la peau; sur elle on pratique une petite incision cutanée, qui sert à saisir et à attirer dans la poche un tube à drainage. Au cas même où, vu la distance de la paroi abdominale antérieure à la paroi antérieure du kyste, le chirurgien craindrait de ne pouvoir créer une fistule externe, il pourrait, après avoir placé ce drain postérieur et désinfecté la poche, refermer les incisions antérieures, c'est-à-dire l'ouverture antérieure du kyste et la plaie pariétale. La position du malade, dans le décubitus dorsal, assurerait de cette manière l'écoulement des liquides d'une façon parfaite.

C'est à cette pratique qu'eut recours Steele dans un cas de kyste pancréatique opéré par lui, par le procédé que je décris ici, et resté fistuleux. Au bout de trois mois, l'écoulement par la plaie abdominale atteignait encore 70 centimètres cubes; de plus, la poche contenait, à l'état de distension, 800 centimètres cubes; des loges s'étaient formées par plissement de la paroi. Pour arriver à la guérison complète, cet auteur, après avoir discuté divers procédés, fit passer un drain dans le kyste par la région lombaire gauche, en dehors du rein, et guérit son malade en peu de temps.

Je n'insiste pas sur la façon dont il convient de pratiquer la *désinfection* du kyste; chaque chirurgien agira suivant ses

préférences particulières, usant soit d'une solution boriquée, soit d'une solution phéniquée, mieux encore d'une eau chargée de naphtol β, dont la toxicité est nulle et dont les propriétés microbicides sont d'ailleurs très énergiques, comme l'ont prouvé les recherches de M. Bouchard et les faits que M. Juhel-Thénoy vient de communiquer tout dernièrement à la Société médicale des hôpitaux. (Voy. *Gaz. méd.* Paris, 1890, n° 25.)

Je passe également sur la question du pansement, qui devra, cela s'entend, être fait et renouvelé avec les précautions que nous prenons tous journellement.

Ce procédé, exécuté pour la première fois par Thiersch, a été répété depuis lors par Kulenkampf, Steele, Subotic, Bull, Fenger, Annandale et Albert (de Vienne) (deux fois). Il a par conséquent à son actif 9 faits, qui tous ont été suivis de succès.

Un seul de ces opérés est mort plusieurs semaines après l'opération, et quinze jours après sa sortie de l'hôpital (*Bull*). Néanmoins, l'intervention qu'on lui a fait subir ne saurait être incriminée; en effet, à la suite de l'opération, est-il dit dans l'observation de ce chirurgien, l'état général du malade s'améliora en très peu de temps. Du 13 août au 14 septembre son poids corporel augmenta de 12 $^1/_2$ livres. L'appétit et les forces revinrent. L'opéré quitta l'hôpital presque entièrement rétabli. Ce fait peut donc être enregistré comme un succès opératoire.

Il est regrettable assurément que l'autopsie n'ait pas eu lieu; elle aurait, à n'en pas douter, fourni des renseignements sur cette mort subite, que je serais, pour ma part, tenté d'attribuer au diabète dont il est fait mention dans l'histoire de ce malade et qui, certes, n'a pas été étranger à ce dénouement rapide.

Au point de vue de la durée du traitement, je note deux cas (Kulenkampf et Subotic), où la guérison s'est effectuée en quatre et six semaines sans fistule ultérieure. Ce sont les cas les plus brillants. Viennent ensuite ceux de Fenger, d'Annandale et d'Albert, qui ont guéri sans l'ombre d'une complication, en trois et cinq semaines, avec une fistulette suppurant à peine; les malades, d'ailleurs, ont pu quitter l'hôpital au bout

du délai indiqué; tout permet de supposer que leur fistule s'est rapidement oblitérée dans la suite.

Cependant, comme les détails complémentaires font défaut, il faut, jusqu'à un certain point, se tenir sur la réserve, avant de conclure dans un sens trop optimiste sur ce point spécial.

Ce qui me pousse à m'abstenir de tout jugement sur ces quatre derniers faits, publiés peut-être un peu prématurément, c'est la lecture des observations de Thiersch et de Steele. Les malades de ces deux chirurgiens ont, en effet, conservé pendant des mois une fistule qui semblait incurable; si bien que l'un d'eux, opéré d'un kyste pancréatique par un médecin de campagne, fut dirigé sur le service de Thiersch, pour s'y faire traiter de sa fistule; le malade de Steele, lui, n'était pas guéri au bout de trois mois; ce chirurgien dut lui faire le drainage lombaire, pour amener la cicatrisation de la fistule en question.

En résumé, l'incision des kystes pancréatiques, précédée quelques jours auparavant de la laparotomie (opération en deux temps), est une intervention simple, facile, inoffensive, qui n'a à son actif que des succès. Elle est parfaitement légitime et mérite par conséquent de prendre rang dans les cadres de la chirurgie.

B. Opération en un temps.

Plus confiants dans l'emploi des moyens antiseptiques, plus expérimentés dans la technique opératoire des affections abdominales, les chirurgiens n'ont pas tardé à s'enhardir dans le champ que nous explorons ici.

En présence de l'inefficacité et des dangers des méthodes anciennes, ils n'ont pas tardé à employer pour la cure des kystes pancréatiques, bien souvent en dépit d'un diagnostic rigoureux, un procédé plus rapide, plus brillant, et tout aussi sûr aujourd'hui. En un mot, ils ont, de propos délibéré, incisé la paroi abdominale et le kyste en une seule et même séance, appliquant ici les règles adoptées presque généralement pour la cure des kystes hydatiques du foie, règles que M. P. Segond vient de formuler à nouveau, dans un remarquable rapport

présenté tout dernièrement à la Société de chirurgie, à propos d'une observation de M. Leprevost (du Havre)[1].

Le procédé opératoire ne diffère en rien du précédent, si ce n'est qu'il s'exécute en une fois. Je n'ai par conséquent plus à le décrire, et me bornerai à résumer les différents temps qu'il comporte.

Technique opératoire. — On fait d'abord la laparotomie, de préférence sur la ligne médiane; puis, après avoir incisé le péritoine, on divise les différents revêtements qui recouvrent la tumeur, réclinant l'estomac en haut, le côlon en bas, si c'est le cas. Le kyste mis à nu, il faut le ponctionner à l'aide d'un trocart aspirateur, pour le réduire et diminuer en même temps sa tension et surtout pour éviter que son contenu ne se déverse dans le péritoine pendant qu'on applique les sutures. Celles-ci sont d'ailleurs plus aisées à placer quand le kyste est en partie vidé. La ponction préalable permet en même temps d'amener le kyste plus facilement en contact avec la paroi. Cela fait, on place une pince en T sur le trou de la ponction et on attire le kyste au dehors. Si le besoin s'en fait sentir, on peut réséquer une portion plus ou moins considérable de sa paroi et fixer ensuite la poche aux bords de la plaie péritonéo-cutanée. Sinon, on fait cette suture kysto-pariétale d'emblée et on réduit en même temps l'incision tégumentaire par un double plan de suture : l'un comprenant le péritoine et les aponévroses, l'autre la peau.

Le péritoine étant bien fermé, on agrandit le trou de la ponction par une incision de quelques centimètres. Puis on achève de vider le kyste et on y fait passer une injection soit d'eau bouillie, soit d'un liquide antiseptique, telle qu'une solution d'acide borique, mieux de naphtol β, jusqu'à ce que le liquide injecté ressorte clair. Si la cavité était tapissée de petits kystes internes, d'excroissances quelconques, ou remplie de grumeaux, difficiles à évacuer par la seule injection, on pourrait la curer avec la cuiller tranchante, ou bien râcler sa paroi à l'aide de chiffons d'une gaze antiseptique

1. Voy. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, séance du 3 avril 1890.

quelconque, montés sur des pinces et achever la toilette en pratiquant un nouvel et dernier lavage.

En cas de suintement sanguinolent, je conseillerais de faire le tamponnement de la cavité kystique avec de la gaze iodoformée; dans le cas contraire, cette précaution sera inutile. Cela fait, on établira le drainage au moyen d'un ou de deux tubes de moyen calibre, que l'on fixera à la peau par un point de suture. Pour prévenir l'eczéma si fréquent à la suite de cette opération, on fera bien d'enduire préventivement la peau avoisinante avec une pommade de zinc. Par-dessus le tout on appliquera un pansement antiseptique approprié.

Ainsi pratiquée, cette intervention a généralement des suites excessivement simples, comme l'attestent les observations que nous relatons plus loin. Lorsque l'opération est bien conduite, il n'y a généralement pas de fièvre. La guérison s'opère par granulation et est généralement achevée au bout de quelques semaines. Dans deux cas (Wölfler, Karewsky) il y eut nécrose d'une partie de la poche, ce qui paraît avoir été dû à la constriction trop énergique des fils à suture et à la minceur de l'enveloppe kystique.

Préconisé tout d'abord par Gussenbauer, ce procédé a été exécuté en tout 15 fois par Hahn, Koatz, Senn, Küster, Lardy, Wölfler, Tremaine, Karewsky (2 fois), Filipow, Ochsner, Treves, Cathcart et Riegner. Six fois le diagnostic avait été fait d'emblée et confirmé pendant l'opération. Trois fois (Gussenbauer, Senn, Filipow) le siège du kyste avait été soupçonné. Dans les six autres cas la nature et surtout le siège de la tumeur avaient été méconnus.

Ces 15 opérations ont fourni 15 succès, dont 14 définitifs. Un de ces opérés, celui de Koatz, était en bonne voie de guérison, lorsque sept semaines après l'intervention il succomba à une péricardite séro-fibrineuse, compliquée d'œdème pulmonaire et de pyélonéphrite. Du côté de la plaie opératoire et notamment du côté du péritoine tout était dans le meilleur état.

Les complications ont fait défaut dans toutes ces interventions; à part un eczéma du pourtour de la plaie dû à l'action irritante du sac pancréatique, que je trouve noté cinq fois, la marche vers la guérison a toujours été normale. Une seule

fois, dans le cas de Wölfler, la poche se gangréna partiellement; sa vitalité, au dire de l'auteur, avait sans doute souffert d'une compression excessive exercée par le liquide kystique. Peut-être aussi la tension exercée par les fils à suture avait-elle contribué à amener la mortification de cette membrane. Cet accident, du reste, à part une élévation de température passagère, un peu de somnolence et de céphalée, n'eut aucune suite fâcheuse. A partir du vingt-cinquième jour les choses étaient revenues à leur état normal, et au bout de neuf semaines la guérison était complète. C'est donc malgré tout un bel exemple de guérison radicale d'un kyste pancréatique, qui ne le cède en rien à ceux des autres chirurgiens.

En ce qui concerne la durée du traitement, nous trouvons dans les 14 cas que nous analysons ici (celui de Koatz non compris), qu'elle a varié entre quatre semaines et quatre mois, soit pour:

l'opération de	Senn.	= 4	semaines.
pour celle de	Küster.	= 4	—
—	Karewsky (1er cas)	= 6	—
—	Riegner	= 8	—
—	Wölfler	= 9	—
—	Tremaine	= 3	mois.
—	Hahn.	= 4	—
—	Ochsner.	= 4	—
—	Gussenbauer . . .	Guérison notée comme rapide, sans indication de date.	
—	Lardy		
—	Karewsky (2e cas)		
—	Filipow		
—	Cathcart.		

L'opéré de Filipow put quitter l'hôpital le dix-huitième jour, n'ayant plus qu'une petite fistule. La guérison chez tous les autres était définitive; on ne constatait plus aux dates indiquées la moindre fistule.

Seul le malade de Treves conserva une fistule pendant un an.

Reste l'opération de Hagenbach; comme elle a dû être interrompue par suite d'accidents graves, indépendants de

l'opération, je la passerai sous silence ici, y ayant suffisamment insisté plus haut.

Au point de vue des résultats, tant immédiats qu'éloignés, ce procédé, on le voit, ne le cède donc en rien à l'opération en deux temps.

Étant donnée son innocuité absolue, j'estime que c'est à lui que nous devrons nous adresser aujourd'hui; il est plus rapide, plus brillant et plus conforme sous tous les rapports aux préceptes de la chirurgie actuelle.

IV. Extirpation totale.

L'extirpation totale d'un kyste pancréatique peut-elle être pratiquée avec succès, doit-elle être préconisée comme méthode de choix, ou faut-il la réserver à certains cas particuliers et en faire une méthode d'exception? Tels sont les points que nous aurons à discuter dans ce chapitre.

A première vue, la situation profonde du pancréas, les rapports intimes du kyste avec la glande et par-dessus tout l'absence de pédicule semblent contre-indiquer toute tentative de ce genre. Presque tous les auteurs sont unanimes sur ce point, et de fait l'extirpation totale n'a été faite que rarement, bien qu'on l'ait tentée un certain nombre de fois, sans pouvoir toujours la mener à bonne fin. Mais il faut bien le dire, jamais elle n'a été proposée d'emblée, jamais elle n'a été exécutée de propos délibéré. Dans tous les faits connus, il y a eu erreur de diagnostic, les quelques rares chirurgiens qui l'ont pratiquée, croyant avoir affaire à des kystes de l'ovaire.

Deux d'entre eux seulement ont réussi à terminer l'opération et ont sauvé leurs malades. Les autres se sont heurtés à des difficultés presque insurmontables et ont dû laisser l'opération inachevée. D'autres, enfin, plus audacieux, une fois engagés dans cette voie, ont persisté dans leur entreprise; mais moins favorisés que les premiers, ils ont rapidement perdu leurs opérés.

Les dangers immédiats de l'extirpation totale sont, en effet, considérables et rendent cette opération très périlleuse. En premier lieu il faut noter les *adhérences* intimes qui unissent

le kyste aux organes voisins. Ces adhérences sont parfois tellement serrées qu'il est impossible de les libérer. Tous les chirurgiens ont insisté sur cette complication. Ce sont d'abord les feuillets péritonéaux, épiploon, ligament gastro-colique, mésentère, qu'il s'agit de détacher. On n'y réussit pas toujours, à preuve les cas de Koatz, de Filipow. Plutôt que de persister, il sera prudent de s'arrêter, ainsi que l'ont fait les deux auteurs en question, quitte à intervenir d'une manière différente, et à choisir l'un des procédés décrits plus haut.

Puis il y a les organes de voisinage qui peuvent contracter avec le kyste des adhérences telles, qu'on ne saurait les libérer sans compromettre gravement le succès de l'opération. Le cas de Zukowski est particulièrement instructif sous ce rapport.

Après avoir incisé le péritoine, ce chirurgien constata des adhérences multiples du kyste avec le tablier épiploïque, la surface postérieure de l'estomac et plus bas avec le côlon transverse. Or, en voulant détacher ces adhérences, le côlon se rompit sur une longueur de 2 centimètres. On pratiqua la suture immédiate de la plaie intestinale, puis on dut faire une cinquantaine de ligatures pour libérer le kyste. Tout cela est bien compliqué, bien laborieux, et doit donner à réfléchir avant de se lancer dans pareille entreprise.

L'*hémorragie* constitue un danger non moins grand. Bien qu'elle n'ait pas jusqu'ici entraîné la mort, elle peut se produire, soit au cours de l'opération, soit ultérieurement, dans des conditions où le placement des fils à ligature est presque impossible. Les vaisseaux que l'on rencontre sont des plus volumineux et ont suscité, dans la plupart des cas, des difficultés inouïes. C'est ainsi que Bozeman, après avoir atteint le pancréas, découvrit une grosse veine très tortueuse (la veine splénique), dont les rapports étroits avec le pédicule inspirèrent à cet opérateur de légitimes appréhensions.

Salzer fait également mention d'une veine volumineuse, très adhérente à la surface de la tumeur, qui dut être liée.

Dans le cas de Martin, des vaisseaux énormes s'étalaient sur la paroi externe du kyste, sous forme de vaisseaux artériels; une veine énorme, grosse comme le pouce, accompagnait ces artères. Les unes et les autres furent sectionnées entre deux

ligatures au cours de l'opération. Je n'insiste pas sur les dangers qu'entraînerait la blessure de vaisseaux de cette importance, ni sur les difficultés que présenterait leur ligature à pareille profondeur. La multiplicité des fils à ligature, nécessités pour la libération des adhérences, crée de son côté une nouvelle source de dangers dans cette région, où l'antisepsie rigoureuse n'est pas toujours aisée, en raison de la profondeur à laquelle on opère et des dégâts que l'on est parfois obligé de produire.

Le *collapsus* peut survenir à tout instant dans ces conditions : force est alors d'interrompre l'opération ou de la laisser inachevée; encore peut-on s'estimer heureux, lorsqu'après avoir constaté l'impossibilité de la terminer d'après le plan conçu, on arrive à fermer l'abdomen sans catastrophe immédiate.

La *déchirure du côlon* est un accident dont il faut tenir compte également. J'y ai déjà insisté à propos de l'observation de Zukowski et montré qu'en dépit de la suture, en apparence bien faite, cette blessure avait eu les suites les plus funestes.

En effet, au bout de six jours un écoulement de matières fécales se fit par le drain et tout le long de celui-ci. La suture avait lâché et, le contenu intestinal venant à se déverser dans l'abdomen, avait déterminé une péritonite rapidement mortelle.

C'est d'ailleurs à cette terminaison, dont la fréquence, bien que diminuée depuis ces dernières années, s'observe malheureusement encore trop souvent à la suite des traumatismes abdominaux, c'est à cette terminaison, dis-je, qu'ont succombé trois des cinq opérés de cette catégorie (cas de Zukowski, Riedel, Salzer).

La *déchirure de l'enveloppe du kyste,* bien que moins grave que celle des intestins, peut entraîner des accidents analogues; car tout en admettant avec Senn et la plupart des physiologistes modernes que l'écoulement du suc pancréatique pur dans le péritoine est inoffensif, il ne faut pas oublier que Küster a observé des symptômes de péritonite à la suite de l'épanchement du liquide kystique dans la séreuse abdominale.

D'après nous l'apparition de la péritonite s'expliquerait par le fait que, dans ces cas spéciaux, le liquide kystique n'est

jamais pur; il contient du sang en plus ou moins grande quantité, des débris graisseux qui, en infectant le péritoine, deviennent la source de pareilles complications.

J'admets que tous les dangers que je viens de signaler aient été écartés, qu'on se soit rendu maître de la situation dans une certaine mesure, on n'en sera pas moins arrêté une fois arrivé au port. En effet, il est une circonstance sur laquelle j'ai déjà attiré l'attention au chapitre de l'anatomie pathologique, et dont il faut tenir compte : je veux parler de l'absence de pédicule. Cette disposition constitue pour l'extirpation des kystes pancréatiques une difficulté de plus, qui à elle seule suffirait pour contre-indiquer l'opération en question, ou tout au moins ne permettrait de l'entreprendre que dans des cas particulièrement favorables.

L'observation de *Bozeman* est de toutes les observations connues la seule où l'on ait rencontré un pédicule. C'est évidemment grâce à cette bonne fortune que le chirurgien américain put terminer heureusement et rapidement son opération. Comme je l'ai dit plus haut, ce pédicule était formé aux dépens d'un kyste pancréatique accessoire, car dans les kystes pancréatiques proprement dits, le pédicule manque toujours.

Mais, dira-t-on, ne pourra-t-on pas pédiculiser le kyste et terminer alors l'opération sans encombre? Voyons jusqu'à quel point la chose est faisable. Examinons le procédé qu'ont suivi les auteurs pour réaliser ce desideratum. *Zukowski,* après avoir libéré en partie la tumeur, se vit forcé d'interrompre son opération, à cause d'un collapsus imminent. Il se contenta de pédiculiser la partie du kyste qui avait été dégagée, à l'aide de l'écraseur de Chassaignac, et fixa le pédicule ainsi formé à l'angle supérieur de la plaie. Au bout de vingt-quatre heures, un écoulement fétide se produisit au niveau du moignon; le malade mourut le dixième jour; n'était la blessure du côlon, lesé au cours de l'intervention, il aurait peut-être survécu, si les précautions antiseptiques avaient été plus rigoureuses.

La présence d'un pédicule extra-péritonéal, réalisé au moyen de l'écraseur, dans une région vasculaire et profonde comme l'est celle sur laquelle il s'agit d'opérer dans le cas spécial,

me paraît toutefois créer une source de dangers que l'antisepsie la plus minutieuse ne saurait toujours écarter.

Riedel, lui, semble avoir eu peu de difficultés à vaincre de ce côté : l'énucléation de la tumeur, préalablement ponctionnée, fut aisée et s'accompagna d'une hémorragie relativement faible. Néanmoins le malade mourut le cinquième jour. A l'autopsie on trouva une ligature placée autour d'une petite portion du pancréas. C'est donc une extirpation partielle de cette glande que fit Riedel, sans s'en douter ; le pédicule du kyste étant constitué par un fragment du pancréas lui-même.

Le cas de *Salzer* offre avec le précédent de grandes analogies sous ce dernier rapport. L'extirpation de la tumeur, faite à travers une boutonnière de l'épiploon, fut cependant ici des plus laborieuses, tant les adhérences étaient serrées et la paroi du kyste friable. Il n'y avait pas de pédicule. La mort survint le sixième jour. L'autopsie révéla une péritonite suppurée. Au niveau du point d'implantation du kyste, on découvrit que le pancréas était sectionné derrière sa tête. Une partie de sa queue existait à l'état de bride de 5 centimètres de longueur.

Ici encore, on le voit, l'extirpation du kyste a entraîné une résection accidentelle et partielle du pancréas. Les rapports intimes de ces deux organes nous font prévoir que, dans les tentatives d'extirpation totale de kystes pancréatiques, une partie de la glande plus ou moins considérable doit fatalement être comprise dans le pédicule que l'on forme ainsi à ses dépens, le plus souvent sans s'en rendre compte.

Ceci nous amène à nous demander si la blessure du pancréas est mortelle en elle-même et si c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer l'échec des chirurgiens que nous venons de nommer. A cette question nous pouvons répondre négativement. En effet, si nous nous en rapportons aux expériences de *Martinotti*[1], nous voyons que les animaux (chiens et chats) auxquels cet auteur a pratiqué l'extirpation partielle du pancréas, non seulement ont survécu, mais que leurs digestions

---

1. G. Martinotti, *Sulla estirpazione del pancreas ;* le même, *Sui fenomeni consecutivi all' estirpazione totale o parziale del pancreas.* (Giorn. della R. Accad. d. med. Torino, 1888, pl. 7.)

n'ont pas été troublées; bien plus, Martinotti a constaté une régénération de la glande, d'après le type embryonnaire, au niveau du moignon, analogue à celle que l'on observe chez les animaux auxquels on a réséqué une portion du foie ou des reins.

Ces expériences, fort intéressantes, semblent n'avoir de prime abord qu'une valeur bien restreinte au point de vue clinique; à elles seules elles ne permettent pas de conclure à l'innocuité de pareilles lésions chez l'homme.

Toutefois, les faits observés par différents auteurs, parmi lesquels je citerai Laborderie, Otis, Klebers (cité par Salzer, *loc. cit.*), nous permettent de considérer les blessures du pancréas comme curables, bien que graves. Salzer de son côté a vu un cas de résection traumatique de la queue du pancréas guérir sans accident et, ce qui paraît plus surprenant, sans intervention spéciale, telle que ligature de la portion restante.

Si donc les traumatismes accidentels de cet organe sont susceptibles d'évoluer normalement, sans complications, combien plus une opération bien conçue, bien réglée, bien exécutée n'aura-t-elle pas chance de réussir!

Ce n'est donc pas dans le fait de la lésion, voire même de la résection partielle du pancréas que réside le danger de l'extirpation des kystes de cet organe, mais plutôt dans les manœuvres longues et difficiles et les dégâts considérables que nécessite une pareille intervention. Puis aussi dans la présence d'une plaie sécrétante forcément très étendue, d'une plaie cavitaire profonde, dont la désinfection demande beaucoup de soins, d'une plaie anfractueuse, renfermant des espaces morts, dont l'effacement est difficile et qui crée ainsi une source de dangers permanents. Dans les cas favorables ces espaces morts peuvent, il est vrai, se combler, grâce au voisinage de la séreuse et alors même qu'ils renfermeraient du pus, ce liquide, en s'enkystant, deviendrait inoffensif ou n'aurait que peu d'influence sur la séreuse voisine. Mais c'est là une éventualité sur laquelle nous ne pouvons malheureusement pas compter, les faits nous démontrant que ces circonstances favorables sont l'exception.

Plus heureux que les chirurgiens précédents, *Martin*, de

Berlin, a tout dernièrement pratiqué avec succès l'extirpation totale d'un kyste pancréatique, dans des conditions en apparence fort graves. Ce fait, communiqué récemment à la Société de gynécologie de Berlin, a trait à une femme portant depuis seize ans un kyste de l'abdomen, que Martin père avait pris pour un kyste ovarique. Une première intervention qui eut lieu en 1873, resta inachevée. On referma l'abdomen, considérant l'extirpation du kyste comme impraticable, à cause des nombreuses adhérences.

Seize ans plus tard, Martin fils tenta une nouvelle opération et guérit sa malade en dix-sept jours. Après avoir mis le kyste à nu, non sans quelques difficultés, Martin le ponctionna, évacua quinze litres de liquide, puis l'attira au dehors, après l'avoir dégagé du péritoine, du mésentère et des intestins. Il arriva jusque près des vertèbres et reconnut alors seulement l'origine pancréatique de la tumeur. Des vaisseaux énormes furent sectionnés entre deux ligatures. Un pédicule de la largeur de deux doigts fut constitué aux dépens de la partie la plus reculée de la tumeur et fragmenté en deux faisceaux, puis réduit dans le ventre, après résection préalable du kyste au-devant des ligatures. L'opération n'avait pas duré trois quarts d'heure. Les suites en furent des plus simples, si bien que la malade put quitter l'hôpital le dix-septième jour, parfaitement guérie. Actuellement, après seize mois, elle jouit d'une santé florissante.

A côté de sa valeur clinique, cette observation intéressante soulève un problème de physiologie des plus importants, sur lequel je désire attirer l'attention. Qu'est devenue la glande pancréatique pendant les dix-sept ans qu'a mis la tumeur à évoluer? Pendant combien de temps a-t-elle fonctionné? Existe-t-elle encore actuellement? Sinon, comment se fait-il que la malade ait subi impunément la perte de cet organe? Comment n'a-t-elle pas succombé à la cachexie, au diabète? Ce sont là autant de questions que l'on doit se poser.

Et tout d'abord, en nous basant sur les réflexions dont Martin fait suivre son observation, nous devons admettre que le pancréas, dans sa totalité, a subi la dégénérescence kystique; ce qui le prouve, c'est l'impossibilité où l'auteur s'est

trouvé de démontrer la présence du canal de Wirsung. D'autre part, la présence d'un épithélium cylindrique dégénéré sur la paroi interne du kyste principal et des nombreux kystes y renfermés, nous démontre que ces kystes sont, à n'en pas douter, des débris d'acinis glandulaires. La forme du néoplasme rappelle, en outre, celle du pancréas, en marteau agrandi.

L'organe en entier a par conséquent subi, aussi bien ses éléments glandulaires que son canal excréteur, la dégénérescence kystique. Ce premier point ne paraît pas douteux. Cette dégénérescence s'est opérée lentement, par un processus interstitiel chronique; c'est là précisément ce qui explique l'absence de symptômes particuliers, de cachexie; l'économie, en effet, s'habitue peu à peu à la situation nouvelle, créée par la maladie d'un organe, lorsque le développement de cette maladie est progressif. C'est à la lenteur de cette évolution, dans le cas de Martin, qu'il faut donc attribuer l'absence de diabète, l'organisme de la malade s'étant trouvé par là placé dans des conditions spéciales. Cette opinion n'est pas une simple hypothèse, elle vient d'être confirmée par les expériences de M. Hédon que j'ai signalées plus haut. (Voy. chapitre III, p. 51.)

La connaissance de ces faits a une importance clinique qui n'échappera à personne. Car si l'observation de Martin prouve qu'on peut impunément extirper en totalité un kyste pancréatique ancien, il ne saurait en être de même des tumeurs récentes, à évolution rapide. Dans ces circonstances on verrait survenir des accidents graves, comme chez les animaux qui, privés de leur pancréas, tombent dans le marasme et meurent rapidement.

Pour en revenir à l'opération si heureuse de Martin, je concède que c'est un brillant succès. Il faut toutefois faire la part des circonstances favorables et ne pas s'empresser de généraliser, c'est-à-dire de conclure d'après ce seul cas à la bénignité et à la facilité d'une pareille intervention.

Sans doute, grâce à une antisepsie, voire même une asepsie rigoureuse, l'extirpation des kystes pancréatiques est aujourd'hui possible. Elle doit être considérée, à n'en pas douter, comme l'opération idéale. Mais, comme ils doivent être rares,

les cas où on pourra la réaliser aussi facilement que chez l'opéré de Martin !

Sur cinq opérations, en effet, trois se sont terminées par la mort à bref délai, au bout du cinquième, sixième et dixième jour, ce qui porte la mortalité à soixante pour cent. Les deux tiers des opérés environ ont par conséquent succombé aux suites immédiates de l'opération. Les opérés de Bozeman et de Martin ont guéri rapidement, je l'accorde. Mais chez l'un d'eux la présence d'un pédicule vrai, bien formé, a singulièrement facilité la tâche du chirurgien. C'est donc un cas exceptionnel, qui, à mon avis, ne saurait entrer en ligne de compte pour l'appréciation du procédé en question.

Aussi, fort des considérations précédentes, j'estime que l'extirpation totale des kystes pancréatiques ne devra être tentée que très exceptionnellement et dans des circonstances tout à fait spéciales. Le danger de l'hémorrhagie, la présence d'adhérences serrées, les rapports intimes de la tumeur avec l'estomac, le côlon, la possibilité de léser ces organes, et enfin l'absence de pédicule dans la très grande majorité des cas, seront des motifs sérieux et bien suffisants, pour ne pas la préconiser comme méthode ordinaire de traitement.

Ces mêmes raisons devront engager le chirurgien à recourir à un procédé moins sanglant, moins périlleux, tout aussi efficace.

J'ai nommé *l'opération en un temps*, qui peut à bon droit être considérée actuellement comme le *procédé de choix*.

On ne serait autorisé, suivant moi, à tenter l'extirpation totale, et cela uniquement à titre de méthode d'exception, que dans les cas où le kyste, libre de toute adhérence, serait mobile et facilement pédiculisable.

Résumé du traitement applicable aux kystes pancréatiques.

En résumé, voici la ligne de conduite que je proposerais de suivre en présence d'un kyste pancréatique :

1° Faire la laparotomie ;

2° Mettre le kyste à nu, après avoir divisé successivement les enveloppes qui le recouvrent ;

3° Ponctionner le kyste avec un trocart aspirateur pour le réduire et diminuer en même temps sa tension ;

4° Fermer le trou de la ponction à l'aide d'une pince hémostatique ou d'une pince en T ;

5° Explorer l'abdomen au point de vue des adhérences et des rapports de la tumeur avec les organes voisins.

Alors de deux choses l'une : ou bien les adhérences pourront être facilement libérées et permettront au doigt explorateur d'atteindre le point d'implantation du kyste; ou bien elles seront trop denses, trop vasculaires.

a) Dans le premier cas on pourra, à l'exemple de Martin, pédiculiser la tumeur et l'extraire en totalité.

b) Dans la seconde alternative, il ne faudra pas s'acharner à extraire le kyste, sous peine de produire des dégâts considérables, qui entraîneront presque fatalement la mort.

La prudence la plus élémentaire commandera dans ce cas de suturer les parois du kyste aux téguments abdominaux et d'agir ensuite suivant les errements connus, en d'autres termes, de faire l'opération dite en un temps, selon les règles décrites au précédent paragraphe.

Telles sont, suivant moi, les principes dont il ne faudra pas se départir, pour peu que l'on tienne à respecter les traditions de la bonne et saine chirurgie.

TABLEA

Kystes pancréatiques trait

(laparotomie, puis incisi

NUMÉROS.	AUTEURS.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.
1	THIERSCH.	H.	38	Abcès de la paroi abdominale.	En deux temps. Incision du kyst après 2 1/2 semaines.
2	KULENKAMPF.	H.	39	Kyste hydatique du foie.	En deux temps à 4 jours d'intervalle. Adhérences solides.
3	STEELE.	H.	40	Kyste péritonéal.	En deux temps à quelques jours d'intervalle.
4	SUBOTIC.	H.	20	0	Op. en deux temps
5	BULL.	H.	45	Kyste pancréatique.	Op. en deux temps à 7 jours d'intervalle.
6	FENGER.	H.	8	0	Op. en deux temps à 8 jours d'intervalle.
7	ANNANDALE.	H.	47	Kyste du mésentère ou kyste du pancréas.	Op. en deux temps à 29 jours d'intervalle.
8	ALBERT.	?	?	—	Op. en deux temps.
9	Id.	F.	35	—	Id.

l'opération en deux temps

rainage du kyste).

RÉSULTATS.	COMPLICATIONS.	SUITES ULTÉRIEURES.	OBSERVATIONS.
G.	0	*Fistule* persistante.	—
n 6 semaines.	*Eczéma* au pourtour de la plaie.	Pas de fistule.	Le diagnostic fut établi ultérieurement, grâce à l'analyse chimique du liquide qui s'écoulait par la plaie.
G.	0	*Fistule* pendant plus de 3 mois.	Diagnostic fait au cours de l'opération.
n 4 semaines.	Eczéma. Polyurie et albuminurie passagères.	Pas de fistule.	Diagnostic rendu possible par l'examen du liquide après l'opération.
(opératoire).	0	Fistule.	Mort deux semaines après avoir quitté l'hôpital. Pas d'autopsie.
en 23 jours. t le 23e jour.)	0	Fistulette (le 23e jour) suppurant à peine.	Diagnostic au cours de la laparotomie.
n 5 semaines.	0	Fistulette sécrétant peu.	Diagnostic exact, après laparotomie.
G.	0	Fistulette.	Pas de détails autres dans ces deux cas.
G.	0	Id.	

TABLEA

Kystes pancréatiques trai

NUMÉROS.	AUTEURS.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.
1	GUSSENBAUER (1883).	H.	40	Kyste rétro-péritonéal.	Incision en un temps; ponction exploratrice, après laparotom préalable.
2	HAHN (KRAMER) (1885).	F.	16	Kyste hydatique du foie?	En un temps, par laparotomi médiane.
3	KOATZ (1885).	F.	36	Kyste ovarique avec torsion du pédicule?	Laparotomie médiane. (Tentatives d'exti pation totale.) Opération inachevée. On referme le ventr 14 mois plus tar nouvelle opératio Incision en un temps.
4	SENN (1885).	H.	19	*Kyste pancréatique* probable.	Laparotomie latérale, puis incision et suture, etc. Drainage.
5	KÜSTER (1886).	H.	46	Kyste hydatique du foie? puis kyste pancréatique, après ponction exploratrice.	Ponction préalabl Laparotomie médiane. Incision et suture Tamponnement iodoformé.

l'opération en un temps.

RÉSULTATS.	COMPLICATIONS.	SUITES ULTÉRIEURES.	OBSERVATIONS.
G. rapide.	Eczéma.	Pas de fistule.	Diagnostic de kyste pancréatique confirmé ultérieurement par l'analyse chimique.
. en 4 mois.	Id.	Pas de fistule.	Guérison maintenue après un an.
pératoire, puis le péricardite.	0	*Mort de péricardite* au bout de 7 semaines. Cavité abdominale normale.	—
n 4 semaines.	0	Pas de fistule.	—
. en 1 mois.	Albuminurie et polyurie passagères.	Pas de fistule.	—

NUMÉROS.	AUTEURS.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC	OPÉRATION.
6	LARDY (1887).	H.	37	*Kyste pancréatique.*	Laparotomie médiane. Suture du kyste; ponction avec gros trocart puis incision et suture.
7	WÖLFLER (1888).	F.	21	*Kyste pancréatique.*	Laparotomie médiane. Ponction et incisio du kyste, puis suture. Drainage du kyst et du péritoine.
8	TREMAINE (1888).	H.	30	*Kyste pancréatique.*	Laparotomie médiane. Suture du kyste, qui s'était rompu. Collapsus. Opération inachevée. Quelques semaine plus tard, le kyste se reproduit. Incision et drainage.
9	KAREWSKY (1890).	H.	25	*Kyste pancréatique.*	Laparotomie latérale, puis médiane ⊢. Suture et incision.
10	Id. (1890).	H.	58	*Kyste pancréatique.*	Laparotomie latérale. Incision et suture.
11	FILIPOW (1890).	F.	65	*Kyste pancréatique* probable.	Laparotomie médiane. Résection partielle de la poche. Suture et incision.

RÉSULTATS.	COMPLICATIONS.	SUITES ULTÉRIEURES.	OBSERVATIONS.
G. rapide.	0	Pas de fistule.	—
en 9 semaines.	Gangrène partielle de la poche kystique, occasionnée par les sutures.	Pas de fistule.	—
. en 3 mois.	0	Pas de fistule.	—
n 6 semaines.	Eczéma.	Id.	—
G. rapide.	Eczéma.	Id.	—
le 18e jour ec une petite fistule.	0	Id.	—

NUMÉROS.	AUTEURS.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.
12	Ochsner (1890).	F.	24	0	Laparotomie latérale. *Incision et suture* Drainage.
13	Treves (1890).	H.	40	Tumeur sarcomateuse.	Laparotomie médiane. Ponction du kyste. Diagnostic posé à ce moment. Incision et suture.
14	Cathcart (1890).	H.	12	0	Laparotomie *exploratrice.* Diagnostic de kyst pancréatique. Incision du kyste et drainage.
15	Riegner (1890).	F.	28	*Kyste pancréatique.*	Laparotomie médiane. Ponction du kyste. Suture, *puis incision.*
16	Hagenbach (Socin) (1887).	F.	45	0	Laparotomie exploratrice. Ponction du kyste. *Opération inachevée.*

RÉSULTATS.	COMPLICATIONS.	SUITES ULTÉRIEURES.	OBSERVATIONS.
G. en 4 mois.	0	Pas de fistule.	—
G. en 1 an.	0	Fistule pendant 1 an.	—
G. rapide.	Eczéma.	Pas de fistule.	—
G. en 2 mois.	Eczéma.	Id.	—
M au bout de elques heures ns le collapsus.	—	—	Occlusion intestinale et péritonite généralisée.

TABLEAU

Kystes pancréatiques traité

NUMÉROS.	AUTEURS.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.
1	BOZEMAN (2 décembre 1881).	F.	41	Kyste ovarique. (Contenance = 11 litres.) Diagnostic fait au cours de la laparotomie.	Laparotomie. Extirpation. Ligature du pédicule en deux faisceaux
2	ZUKOWSKY (ROKITANSKY) (27 février 1881).	F.	36	Idem. Contenance = 5 litres.	Laparotomie. Tentatives d'extirpation. Opération incomplète. Pédiculisation de la tumeur avec l'écraseur.

l'extirpation totale.

RÉSULTATS.	COMPLICATIONS.	SUITES ULTÉRIEURES.	OBSERVATIONS.
en 38 jours.	0	—	Le kyste s'était sans nul doute développé dans un pancréas accessoire : le pancréas, en effet, bien qu'adhérent à la tumeur, était sain. Le pédicule était situé à l'union du tiers externe avec les deux tiers internes du pancréas ; il était long de $^3/_4$ de pouce et avait un diamètre de $^3/_4$ de pouce. C'est grâce à cette disposition que l'opération put être faite et menée à bonne fin.
le 10e jour e péritonite suppurée.	Adhérences étendues du côlon. Déchirure du côlon transverse pendant l'opération. Suture immédiate. Déchirure du kyste. Collapsus. Le 6e jour, écoulement de matières fécales le long du drain.	—	—

NUMÉROS.	AUTEURS.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.
3	RIEDEL (1885).	F.	46	Kyste ovarique. Diagnostic rectifié au cours de l'opération.	Laparotomie. Énucléation du kyste facile.
4	SALZER (BILLROTH) (1886).	F.	33	Idem.	Laparotomie ; opération très laborieuse.
5	MARTIN.	F.	50	Kyste ovarique. Diagnostic rectifié lors de la deuxième opération. Contenance du kyste = 15 litres.	Première opératio en 1873, resté inachevée. 16 ar plus tard, 2e lapa rotomie. On cor stitue un pédicul aux dépens du kyste.

RÉSULTATS.	COMPLICATIONS.	SUITES ULTÉRIEURES.	OBSERVATIONS.
. le 5e jour e péritonite.	Hémorragie grave pendant l'opération.	—	Une partie du pancréas avait été comprise dans le pédicule.
. le 6e jour de péritonite suppurée.	Adhérences serrées. Pas de pédicule.	—	Idem.
. en 17 jours. eat le 17e jour.	Apyrexie.	—	*Guérison* maintenue depuis 16 mois.

CHAPITRE VI.

PIÈCES JUSTIFICATIVES.

Sommaire. — Observations des cas de kystes pancréatiques traités par l'opération en deux temps. —

Observations des cas de kystes pancréatiques traités par l'incision en un temps. —

Observations des cas de kystes pancréatiques traités par l'extirpation totale. (Observations de Bozeman, de Riedel, de Salzer, de Zukowski, de Martin.)

A. Observations des cas de kystes pancréatiques traités par l'opération en deux temps.

THIERSCH, *Kyste du pancréas probable, pris pour un abcès de la paroi abdominale. Laparotomie; dix-sept jours plus tard incision de la tumeur. Fistule persistante.*

(Aus der medic. Gesellschaft zu Leipzig, Sitzung vom 30. November 1880. *Berl. klin. Woch.*, 1881, n° 40.)

Cette observation concerne le nommé Steinmetz, M., 38 ans, qui pendant son travail fut pris d'un malaise soudain, accompagné d'une grande faiblesse (24 novembre 1879). Le malade fut admis tout récemment à la clinique chirurgicale de Leipzig. Il portait dans la région stomacale une fistule située du côté gauche. Après avoir dilaté la fistule, on constata que le trajet fistuleux était extra-péritonéal, et qu'il s'étendait vers la queue du pancréas jusque près des vertèbres. Il est probable qu'il s'était agi primitivement d'une hémorragie du pancréas, à la suite de laquelle, au dire des médecins traitants et du malade lui-même, le ventre avait augmenté de volume.

Il se forma une tumeur, qui fut prise pour un abcès de la paroi abdominale. A l'ouverture de l'abdomen, on constata

une tumeur. Le médecin traitant attendit la formation des adhérences; puis, au bout de deux semaines et demie, il incisa la tumeur et évacua 3 litres d'un liquide couleur chocolat (sang noirâtre). La fistule ne se fermant pas, on dirigea le malade sur le service de Thiersch.

Le liquide qui s'écoule en petite quantité par la fistule dilatée, est fluide, séreux; l'examen de ce liquide, au point de vue de son origine pancréatique, est négatif. (Les détails ultérieurs manquent.)

KULENKAMPF, *Ein Fall von Pankreas-Fistel. Laparotomie. Zweizeitige Incision. Heilung.*

(*Berl. klin. Woch.*, 1882, n° 7.)

Un ouvrier de 39 ans subit, le 22 mars 1881, une violente contusion de l'abdomen; pris par un engrenage, il est soulevé de terre et fait plusieurs tours en l'air. Lors de son admission au diaconat de Brême, il ne présente pas la moindre trace de violence extérieure. La pression est très douloureuse au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit. Le malade se plaint d'oppression; la base du poumon droit est mate sur une étendue de trois travers de doigt.

Diagnostic: Pleurite traumatique.

Au bout de trois semaines, le malade est convalescent; une douleur vive et intermittente persiste dans les régions épigastrique et hépatique.

Vers la fin de mai une tuméfaction se développe dans la région du foie. L'état général reste bon.

En septembre on note les détails suivants:

L'épigastre est le siège d'une tumeur ronde, dure, grosse comme deux poings d'adulte, non fluctuante. Elle est située dans les trois quarts de son étendue à droite de la ligne blanche; son bord inférieur arrive jusque dans le voisinage de l'ombilic. Sa matité se confond avec celle du foie, d'où l'on conclut qu'elle s'est développée dans le lobe gauche du foie.

Pendant l'inspiration profonde, elle s'abaisse manifestement. Elle présente des pulsations plus ou moins accentuées, mais non transversales: il n'y a pas de souffle.

L'estomac fonctionne bien. Il n'y a ni fièvre, ni ictère. Les urines et les selles sont normales.

Pas de diagnostic.

Ponction exploratrice. — Le trocart de l'aspirateur de Potain, après avoir traversé un centimètre de substance compacte, pénètre dans une cavité, d'où on évacue un litre de liquide clair comme de l'eau limpide. On songe à un échinocoque. Ce liquide est riche en albumine, très alcalin, mais ne contient pas d'acide succinique, comme les kystes hydatiques.

Dans le dépôt de ce liquide, qui d'ailleurs ne se coagule pas par le repos, on trouve quelques rares globules sanguins avec quelques globules blancs.

Le 20 septembre, on pratique la *laparotomie.* Suture du péritoine pariétal à la peau. K. introduit alors la main dans l'abdomen et rencontre une tumeur légèrement bosselée, dure, non adhérente, qui suit les mouvements respiratoires; il est persuadé qu'elle part du foie.

Le 24, incision de la tumeur, après formation d'adhérences. Évacuation d'un litre de liquide analogue à celui qu'on a retiré par la ponction exploratrice. Pas d'hémorragie. Le diagnostic précis ne peut être fait.

Drainage de la cavité kystique. Pansement de Lister. La surface interne du kyste est recouverte d'excroissances polypiformes.

Suites bénignes. Apyrexie. Évacuation quotidienne d'une grande quantité de liquide.

Le 10 octobre, il n'y a plus qu'une fistulette de quelques millimètres de diamètre. La tumeur a totalement disparu.

Pour tarir la fistule, le chirurgien pratique quelques injections iodées; puis le 18, il cautérise le trajet avec un crayon de nitrate d'argent, long de plusieurs centimètres. A la suite de cette manœuvre, la fièvre s'allume; le malade accuse de vives douleurs et est pris de vomissements. La sécrétion augmente et monte à $^3/_4$ de litre par jour. La profondeur de la fistule n'est plus que de 5 centimètres.

La peau environnante est excoriée, l'épiderme étant fortement macéré. L'auteur eut l'idée qu'il s'agissait d'une fistule

pancréatique. Il fit coucher le malade sur le ventre et recueillit le liquide, à l'aide d'un entonnoir, pour le faire examiner.

Voici le résultat de cette analyse :

Liquide incolore, limpide comme de l'eau, moussant légèrement par l'agitation, à réaction faiblement alcaline. Albumine en quantité notable. Peu de sels inorganiques. Pas d'acide succinique. On conclut de cette analyse qu'il ne s'agissait pas d'un kyste hydatique.

A quelques jours de là, le 27 octobre, une nouvelle analyse démontre que le liquide en question transforme l'amidon en sucre, qu'il ne digère pas l'albumine et qu'il émulsionne la graisse. Dès lors l'origine pancréatique du kyste se trouve démontrée.

Le 30 octobre, guérison définitive de la fistule.

L'auteur fait suivre son observation des réflexions suivantes : « A propos du mécanisme qui a présidé à la formation du kyste en question, on serait peut-être tenté de l'interpréter ainsi : Le traumatisme a eu une action directe sur le pancréas et a entraîné une déchirure de sa substance, grâce à laquelle le liquide pancréatique s'est épanché au dehors, a déterminé une péritonite localisée, et a abouti à la formation d'une cavité enkystée, communiquant avec le pancréas. »

Cette hypothèse ne saurait être admise dans le cas spécial, car il n'y a eu aucun symptôme de péritonite; et, d'ailleurs, Cohnheim a démontré que le suc pancréatique normal n'irrite pas le péritoine.

Il paraît plus plausible d'admettre que le traumatisme a entraîné une inflammation chronique de la glande, à la suite de laquelle un certain nombre de canaux secondaires, aboutissant au canal de Wirsung, se seraient rétrécis et auraient entraîné de cette façon la formation du kyste.

K. Steele, *Kyste du pancréas.*

(*The Chicago med. Jo. and Exam.*, avril 1888, et *Arch. gén. méd.*, octobre 1888.)

William Johnson, célibataire, 40 ans, officier de police, originaire de l'État d'Indiana, n'a aucune tare héréditaire et n'a

jamais fait aucune maladie: ni syphilis, ni alcoolisme, mais on relève dans son histoire plusieurs traumatismes: à l'âge de 12 ans, chute sur l'abdomen en travers d'un rail, suivie pendant quinze jours de l'impossibilité de se pencher. Vers 25 ans, coup sur le côté au-dessous des côtes; vers 27 ans, pendant un voyage en chemin de fer, chute avec traînage sur le sol et compression entre les wagons, mais sans conséquences sérieuses; en 1876, fracture du péroné.

En 1875, apparut dans les régions ombilicale et épigastrique, une tuméfaction qui s'accrut lentement. Molle, elle avait un point saillant sur la ligne médiane, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. Son apparition fut accompagnée de cardialgie, de coliques, de crampes à son niveau et de quelques vomissements de mucus filant. Le professeur Hall diagnostiqua un kyste du péritoine et en tira par aspiration environ 1,300 centimètres cubes de liquide de couleur chocolat et d'une consistance analogue à celle du *porter*. Il reste de l'empâtement, mais il ne se reproduit de tumeur qu'en 1883. Au mois d'août, ponction évacuant 15 litres de liquide brunâtre. Dans l'été de 1884, en 1885, en 1886, trois autres ponctions avec même résultat.

Pendant tout ce temps, l'état général reste normal: selles régulières, peut-être un peu claires comme couleur. Il n'y eut jamais de douleurs abdominales, mais dans le dos, une douleur augmentant avec le volume du kyste et accompagnée de gêne de la respiration. En 1883, il y eut une hydrocèle scrotale gauche, guérie par une ponction et des injections iodées.

Depuis trois mois, le malade a maigri de 195 à 172 livres (américaines) et actuellement la tumeur est aussi grosse qu'elle l'a jamais été. Presque tout l'abdomen y prend part, le sommet de la saillie est à 5,5 pouces de l'ombilic et 4 de l'appendice xiphoïde, le malade étant couché. Si ce dernier est debout, le sommet est reporté un peu à droite de la ligne médiane. La tumeur est mate et par la percussion on lui trouve les limites suivantes: une ligne partant d'un point situé à deux pouces au-dessus du mamelon gauche, passant à un demi-pouce au-dessous du rebord costal droit et parallèlement à lui jusqu'à deux pouces de la région lombaire droite, puis traver-

sant l'abdomen au-dessous de l'ombilic, atteignant l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, suivant la crête iliaque, puis le rachis jusqu'à la dixième côte et de l'insertion de celle-ci allant rejoindre le point de départ sous le mamelon. La matité, qui est complète, occupe donc l'épigastre, presque toute la région ombilicale, une partie de l'hypocondre ainsi que la région lombaire à gauche. Le bord gauche du foie est à deux pouces en dedans du mamelon droit, et son bord inférieur parallèle au rebord costal est séparé de la matité de la tumeur par un espace à sonorité tympanique. La matité cardiaque est également séparée de celle de la tumeur : la pointe bat à un demi-pouce au-dessous et deux pouces à droite du mamelon gauche. La tumeur est lisse, tendue et fluctuante : il y a une légère douleur à la pression au-dessous du bord supérieur de la matité, douleur spontanée légère dans le dos à gauche, dans la hanche et la cuisse droites; pas de dilatation veineuse, pas d'œdème des membres inférieurs. Rien aux poumons, respiration courte. Appétit et digestion sans troubles, selles régulières de couleur brun foncé, pâteuses, d'aspect un peu huileux.

Le 15 octobre, incision de la paroi abdominale avec toutes les précautions antiseptiques et anesthésie. On ne trouve pas d'adhérences entre les feuillets du péritoine. Le kyste suit les mouvements de la respiration. On suture le péritoine à la paroi et on égratigne la surface du kyste pour obtenir des adhérences. A la seconde opération, sans anesthésie, on trouve des adhérences solides. Une ponction avec l'aiguille à injections hypodermiques montre la grande épaisseur de la paroi, trois quarts de pouce : incision au thermo-cautère jusqu'à ce que la paroi soit assez amincie pour permettre la pénétration facile d'un gros trocart : plus de sept litres de liquide analogue au *porter*. Suture du kyste à la paroi; gros drain double. Le malade se trouve soulagé. L'écoulement diminue peu à peu; la peau, protégée par de la vaseline, reste intacte. Le liquide de l'écoulement, soumis à deux examens chimiques, contient de l'albumine, du sérum, des globules sanguins, une petite quantité de matière grasse (probablement de la cholestérine), de l'oxalate de chaux, de l'acide oxalique, des sels de soude

et de potasse en petite quantité, beaucoup d'eau. Il est impossible de lui trouver des propriétés digestives.

L'examen de la poche avec le doigt montra qu'elle occupe la queue du pancréas et que sa surface est tapissée de concrétions, résultant probablement de réactions chimiques dans la cavité, et dont on peut enlever les fragments avec l'ongle.

Au bout de trois mois, l'écoulement dure encore et atteint environ 70 centimètres cubes de liquide clair : la poche contient, à l'état de distension, encore 800 centimètres cubes. Des loges se sont formées par plissement de la paroi. Celle-ci, très épaisse, mesure $^1/_2$ à $^3/_4$ de pouce. L'état général est excellent; mais, pour arriver à la guérison complète, l'auteur, après avoir discuté divers procédés, se propose de faire passer un drain par la région lombaire gauche en dehors du rein.

SUBOTIC, *Ein operirter Fall von Pancreascyste.*

(*Wiener medic. Zeitung,* 1887, nos 23 et 24.)

Homme de 20 ans. Il porte à l'épigastre une tumeur, dont le développement remonte à deux ans. Comme symptômes, on note des vomissements rares, de la dyspnée qui augmente avec l'accroissement de la tumeur; de l'œdème des paupières et des malléoles.

État actuel. — Tumeur médiane, située à l'épigastre, de la grandeur d'une tête d'enfant, dont l'extrémité inférieure dépasse l'ombilic de deux travers de doigt. La circonférence du ventre à ce niveau est de 92 centimètres. La partie supérieure de la tumeur est bien limitée; elle est lisse et recouverte par l'estomac, que l'on sent très nettement et qui donne la sensation d'un coussin à air. Sonorité tympanique au niveau de la tumeur; à gauche et en bas, matité. Abdomen tendu. La tumeur n'est pas mobile; elle ne suit pas les mouvements de la respiration; on y perçoit une fluctuation évidente. Il n'y a pas de frémissement hydatique. Elle est animée de battements isochrones au pouls, visibles et tangibles; il n'y a pas de pulsations dans le sens transversal. Urines albumineuses.

Le chirurgien pratique l'incision du kyste en deux temps et draine la poche.

Suites simples, à part une diarrhée de quelques jours, une polyurie transitoire avec albuminurie et un eczéma passager au pourtour de la plaie.

Guérison absolue en quatre semaines.

Le liquide extrait (2 litres) est alcalin, trouble et coloré en brun. Il contient des globules rouges déformés et des globules graisseux; de plus un ferment qui transforme l'amidon en sucre.

BULL, *Un cas de kyste du pancréas traité avec succès par l'incision et le drainage et compliqué de glycosurie.*

(*New-York medical Journal,* vol. XLVI, p. 376, et *Gaz. méd. de Paris,* 1887, n° 29.)

Un homme de 45 ans était entré à l'hôpital de New-York pour de violentes coliques qu'il éprouvait depuis plusieurs heures, et qui s'étaient développées soudainement. Il se mit à vomir des masses noirâtres. Il accusait une grande sensibilité dans la région du foie. Puis il présenta de la jaunisse.

Environ quatre semaines plus tard, on s'aperçut de l'existence d'une tumeur, un peu au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur, indolente, gagna rapidement en volume. Puis elle s'effaça, après évacuation de matières noires par l'intestin. Cette crise diarrhéique s'était accompagnée de coliques.

Au bout de trois semaines, réapparition de la tumeur, qui se mit de nouveau à augmenter de volume. Le malade avait maigri, perdu de ses forces et de son appétit. La matité correspondant au foie s'étendait depuis le bord supérieur de la sixième côte jusqu'au rebord libre des fausses-côtes. La rate n'était pas augmentée de volume. Les régions épigastrique et ombilicale, la partie interne des deux hypocondres étaient distendues par une tumeur fluctuante, à surface lisse, sans adhérences avec les parties voisines. Pas de frémissement hydatique perceptible au niveau de cette tumeur; matité, sauf au centre, où la percussion développait un son tympanique. La tumeur suivait les excursions du diaphragme; elle était agitée par de légères pulsations.

Après distension de l'estomac, opérée au moyen d'une poudre effervescente, la zone de tympanisme, mentionnée plus haut, envahit les deux tiers environ de l'aire de la tumeur.

Une ponction exploratrice donna issue à un liquide d'un brun noirâtre, trouble, inodore, de réaction alcaline, riche en chlorures, ne contenant pas d'éléments biliaires et seulement des traces d'urée. Pas d'albuminurie; un peu de glycosurie.

M. Bull s'arrêta au diagnostic de kyste du pancréas. Il proposa une opération, qui fut acceptée : incision, le long de la ligne médiane, de 4 pouces de longueur, descendant jusqu'à l'ombilic. L'estomac se présente à l'angle supérieur de l'incision; un aide le maintient relevé en haut. La face postérieure de l'épiploon était adhérente à la tumeur. On sectionna ce repli et on mit à jour un kyste du pancréas, à consistance ferme, à paroi épaisse. La moitié supérieure de la plaie abdominale fut fermée au moyen de sutures qui intéressaient toute l'épaisseur des téguments abdominaux. Puis B. fixa le péritoine aux lèvres de la moitié inférieure de l'incision, et bourra la plaie avec de la gaze iodoformée. Le septième jour il procéda à l'ouverture du kyste à l'aide du thermocautère, et retira 118 onces de liquide brun; puis, avec une cuiller, il enleva des masses granuleuses, ayant l'aspect de manganèse.

A la suite de cette opération, l'état général du malade s'améliora en très peu de temps. Du 13 août au 14 septembre, son poids corporel augmenta de 12 ½ livres. Retour de l'appétit et des forces. Peu à peu, les selles reprirent une teinte normale; sous l'influence d'un régime approprié et de l'administration de la codéine, la glycosurie alla en diminuant.

Le malade quitta l'hôpital presque entièrement rétabli. Deux semaines après, il mourut subitement.

L'autopsie n'a pas eu lieu; par contre, le liquide extrait du kyste a fait l'objet d'une analyse chimique très complète. Cette analyse a montré que le liquide en question était doué de la propriété de transformer l'amidon en sucre et d'émulsionner les graisses, qu'il contenait du sucre (2,70 °/₀) et de la sérum-albumine (2,21 °/₀), une grande quantité de leucocytes; à l'examen microscopique il donnait la raie caractéristique de la méthémoglobine.

C. Fenger, *On a case of traumatic cyst of the pancreas.*

(*Med. Journ. and Examiner*, Febr. 1888.)

Un garçon de 8 ans tombe de cheval et se contusionne l'abdomen.

Les huit premières semaines il se plaint de douleurs intermittentes au pourtour de l'ombilic.

Trois semaines environ après sa chute, une tumeur augmentant graduellement de volume, apparaît à l'épigastre.

Symptômes. — Anorexie, vomissements, selles irrégulières, caillées et d'apparence blanchâtre.

Une ponction exploratrice pratiquée dans la tumeur évacue un liquide foncé, jaunâtre, à réaction alcaline, sans éléments figurés autres que quelques globules sanguins.

Pas de diagnostic.

Laparotomie mettant la tumeur à nu. Au bout d'une semaine, ouverture et drainage d'un kyste pancréatique, contenant 40 onces de liquide.

Exeat le vingt-troisième jour, avec une fistule d'environ trois pouces de profondeur, suppurant à peine.

Annandale, *Cas de kyste pancréatique guéri par incision et drainage.*

(*Brit. medic. Journ.*, 1889, 8 juin.)

Mme A. S., 47, entrée à la Royal Infirmary d'Édimbourg le 16 avril 1885. Elle ne peut dire depuis combien de temps elle est souffrante; peu de temps avant son admission elle avait ressenti une sensation anormale de réplétion à l'épigastre. Jusque-là elle avait toujours été bien portante.

A l'examen on constate une tumeur de l'épigastre, empiétant sur l'hypocondre droit. Fluctuation nette et pulsation, mais pas de mouvement d'expansion. La région lombaire ne bombe pas. Foie normal. Autres organes sains.

Le *diagnostic* flotte entre les affections suivantes: tumeur cystique du mésentère, ascite de l'arrière-cavité des épiploons, anévrysme abdominal ou kyste du pancréas.

Le 26 avril 1885, Annandale ponctionne le kyste et retire

30 onces de liquide sanguinolent, contenant des globules rouges et quelques cellules épithéliales. Le docteur Bramwell, anatomo-pathologiste de l'infirmerie, déclare que ce liquide a de la ressemblance avec le suc pancréatique et qu'il émulsionne la graisse et les huiles.

Le kyste ne se reproduit pas. Exeat le 28 avril.

La malade se porte bien jusqu'au 20 mars 1886, époque à laquelle elle entre à l'hôpital pour la deuxième fois. État général bon; pas de maladie autre.

Abdomen proéminent à la partie supérieure; à la palpation on reconnaît une grosse tumeur fluctuante, occupant l'épigastre, les deux hypocondres et la région sus-ombilicale.

Son extrémité inférieure atteint l'ombilic. A la percussion le son est tympanitique tout autour, mais pas sur la tumeur.

Les pulsations de l'aorte sont facilement perçues.

Le 2 mars 1886, *opération.* Incision de la ligne blanche sur la tumeur, qui apparaît bientôt; sa poche est épaisse et indurée.

Quoique ses attaches profondes ne puissent être exactement délimitées, on suppose que la tumeur a son origine dans le pancréas. Suture du kyste à la paroi et pansement antiseptique.

Le 1er *avril* les adhérences étant établies, on ponctionne le kyste, puis on l'incise et on y place un gros tube.

Environ 110 onces de liquide fortement coloré s'en échappent.

Le suintement continue jusqu'au 8 avril; à cette époque le tube est raccourci. Le suintement diminue graduellement; injections de teinture d'iode dans la fistule.

Lorsque la malade quitta l'hôpital, le 11 mai, il n'y avait presque plus d'écoulement. Santé florissante.

E. Albert, *Deux cas de kystes pancréatiques traités avec succès par l'incision en deux temps.*

(*Compte rendu de la première clinique chirurgicale de Vienne,* année 1888. Vienne, A. Hölder, 1888.)

Nous trouvons dans ce compte rendu la relation sommaire de deux cas de kystes du pancréas, sans autres détails que ceux que nous reproduisons ici.

Obs. I. — Kyste pancréatique. Opération en deux temps. Guérison avec une fistulette.

Obs. II. — Kyste du pancréas et myome de l'utérus. Myomectomie avec traitement extra-péritonéal du pédicule; opération du kyste pancréatique en deux temps. Guérison avec une fistulette.

B. Observations des cas de kystes pancréatiques traités par l'opération en un temps.

GUSSENBAUER, *Traitement opératoire des kystes du pancréas.*

(Douzième congrès de la Soc. all. de chir. in *Centralbl. f. Chir.*, supplément au n° 23, 1883, p. 53.)

Un homme de 40 ans, huit semaines avant son entrée à l'hôpital, avait été pris de catarrhe stomacal à la suite d'un copieux repas. Bientôt il s'aperçut dans la région de l'estomac de la présence d'une tumeur à développement rapide. Vomissements fréquents. Amaigrissement. On constate derrière l'estomac une tumeur rétro-péritonéale, fluctuante dans toute son étendue, de nature kystique très probablement. Ce ne pouvait être un abcès, car il n'y avait pas de symptômes inflammatoires, ni locaux ni généraux.

Opération. — Incision de la ligne blanche; séparation du côlon transverse d'avec l'estomac; puis suture à la soie de la poche kystique au péritoine pariétal. Incision du kyste après ponction exploratrice préalable. Évacuation de 1900 centim. cubes d'un liquide composé de sang décomposé.

En examinant le fond du kyste, on constate qu'il est, en effet, rétro-péritonéal et que sa surface est recouverte d'excroissances polypiformes, les unes lisses, les autres frangées.

Désinfection et pansement antiseptique. Marche aseptique. Dans les environs de la plaie se développe un eczéma étendu. En examinant le liquide qui s'écoule de la profondeur de la poche, on reconnaît qu'il est alcalin, qu'il digère l'albumine et qu'il transforme l'amidon en sucre.

La preuve que le kyste est en rapport avec le pancréas, est dès lors évidente.

Guérison.

HAHN (KRAMER), *Cas de kyste pancréatique. Incision en un temps. Guérison.*

(Hôpital de Friedrichshain à Berlin, in *Centralbl. f. Chir.*, 1886, n° 2.)

Jeune fille de 16 ans se plaint de gonflement et de douleurs dans la moitié supérieure de l'abdomen. Vomissements.

A son entrée à l'hôpital, on constate une tumeur occupant l'épigastre et les deux hypocondres. Elle est lisse, rénitente; sa matité se confond avec celle du foie.

Diagnostic : Kyste hydatique du foie.

Opération. — Division des téguments et du péritoine; après incision de l'épiploon, au niveau du prolongement de la ligne mamillaire droite, on attire le kyste dans la plaie à l'aide de deux fils passés dans sa paroi.

Suture du kyste à la peau; puis incision et évacuation de deux litres de liquide clair comme de l'eau, neutre, très riche en albumine, avec très peu de globules graisseux. D = 1008.

Drainage et pansement antiseptique.

Le kyste était compris entre l'estomac et le côlon transverse; il se dirigeait vers le pancréas. Sa paroi interne était en partie lisse, en partie plissée et d'aspect rouge-gris.

Pas de complication autre qu'un eczéma au pourtour de la plaie pendant quelques semaines.

Au début, écoulement très abondant, plus tard de plus en plus rare, d'un liquide clair, analogue par sa composition chimique au suc pancréatique. Pas de suppuration. Fistule pendant quatre mois; puis guérison. Passé ce temps, il n'y a plus trace de tumeur. Guérison maintenue au bout d'un an.

Koatz, *Operation einer Pancreascyste mit Einheilung des umfangreichen Cystensackes in die Bauchwunde während der Schwangerschaft.* (Opération d'un kyste pancréatique par l'incision, la suture et le drainage, au cours d'une grossesse.)

(Dissertation. Marburg, 1886.)

Femme de 36 ans, ayant accouché huit fois.

Depuis huit ans, alors qu'elle avait déjà trois enfants, elle remarque que son ventre grossit. L'abdomen est le siège d'une tumeur cystique s'étendant jusqu'au rebord des côtes.

Une ponction exploratrice donne issue à un liquide brun, d'une densité de 1020.

Diagnostic. — Kyste ovarique avec contenu sanguinolent, par suite probable de torsion du pédicule.

Laparotomie le 14 janvier 1885. — La tumeur est située derrière l'épiploon et adhère aux intestins en plusieurs points. L'extirpation en paraît impossible; on referme le ventre. Après seize jours, le kyste se reproduit. On fait une nouvelle ponction et on retire deux litres et demi d'un liquide analogue au premier.

Vers la fin de 1885 le ventre augmente de nouveau de volume.

En mars 1886, nouvelle grossesse avec développement considérable du kyste.

Ahlfeld tente, après résection d'une grande partie de l'épiploon, de faire l'extirpation du kyste. L'opération reste inachevée. Suture du kyste aux téguments après incision. Drainage. Suites favorables au début, puis, après sept semaines, mort de péricardite.

Autopsie : péricardite séro-fibrineuse; pyélonéphrite, œdème pulmonaire; hypertrophie de la rate. La portion du kyste non extraite est en rapport très intime avec la queue du pancréas, qui avait été attirée jusque tout près du bord supérieur de la plaie et fixée en cet endroit.

L'examen microscopique de la paroi du kyste faite par le professeur Marchand démontre la présence de restes de glandes acineuses à la surface extérieure de la paroi. Le kyste s'est, par conséquent, développé dans l'intérieur d'un lobule glandulaire, probablement dans une glande pancréatique accessoire.

Senn, *Surgical Treatment of cysts of the Pancreas.*

(*Americ. Journ. of med. sc.*, July 1885.)

Il s'agit dans cette observation d'un ouvrier de 19 ans, qui, cinq semaines avant son entrée à l'hôpital, avait fait une chute de voiture. Il était tombé sur le côté gauche de l'abdomen et avait reçu dans le dos un tonneau chargé. Tout d'abord il avait continué à travailler, mais, au bout de quelques jours, se déclara une diarrhée intense, qui l'affaiblit énormément. Quinze jours plus tard, le malade s'aperçut pour la première fois qu'il avait une tumeur dans le ventre, au ni-

veau de l'hypocondre gauche. Cette tumeur globuleuse, indolore, s'accrut rapidement; par la pression qu'elle exerçait sur l'estomac, elle entraîna de fréquents vomissements, surtout après les repas.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate une tumeur fluctuante, remplissant presque tout l'épigastre et l'hypocondre gauche; sa partie la plus saillante se trouve située à gauche de la ligne médiane, à trois pouces en dessous de la pointe du sternum.

La percussion révèle une matité s'étendant en haut jusqu'au mamelon, en bas jusqu'à l'ombilic, à droite jusqu'à la ligne parasternale, à gauche jusqu'à la région lombaire. Cette dernière région toutefois donne un son plus clair.

L'estomac, comme on peut l'établir après l'avoir insufflé de gaz, est refoulé à droite.

La tumeur suit les mouvements du diaphragme.

La ponction exploratrice donne issue à un liquide légèrement visqueux, trouble, à réaction alcaline, avec forte proportion d'albumine, mais peu d'éléments cellulaires.

Le diagnostic est flottant entre un kyste à échinocoques stérile et un kyste du pancréas. En faveur de cette dernière opinion il y avait : la région où avait porté le traumatisme, l'accroissement rapide de la tumeur, les troubles du côté de l'estomac et des intestins, occasionnés sans nul doute par la rétention partielle ou complète du suc pancréatique.

Opération. — Lavage préalable de l'estomac. Sur la partie saillante de la tumeur, incision parallèle au rebord des côtes. On tombe tout d'abord sur l'épiploon, qui est sectionné après ligature de quelques vaisseaux; puis le kyste avec son enveloppe blanche et mince apparaît. On l'incise, l'attire au niveau de la plaie des téguments et l'y suture. Le doigt, introduit dans la poche, pénètre dans la direction de la queue du pancréas, sans atteindre le point d'implantation du kyste. L'intérieur de celui-ci est lisse.

Drainage; pansement antiseptique fixé par un bandage élastique.

Lors de l'opération on avait évacué 1 $^1/_2$ litres d'un liquide ressemblant à celui de la ponction exploratrice.

Suites favorables. Guérison au bout de quatre semaines. Cicatrice déprimée en entonnoir.

KÜSTER, *Zur Operation der Pankreascysten.*

(Aus der Berliner medicinischen Gesellschaft, Sitzung vom 9. Febr. 1887, in *Berl. klin. Wochenschr.*, 1887, n° 9.)

Homme de 46 ans, entré le 15 juillet 1886 à Augusta-Hospital de Berlin.

Il y a huit ans, il fit une chute sur le dos dont il se remit assez vite.

En 1885, cardialgies fréquentes qui se dissipèrent. Lors de sa dernière crise, son médecin habituel le trouva sans pouls, avec un ventre tympanisé et douloureux. Quelque temps après se déclara une inflammation de l'estomac et des intestins, qui força le malade à garder le lit pendant plusieurs mois, jusqu'en février 1886.

En mars 1886, nouvelle crise de cardialgie; dès la deuxième crise on avait remarqué une tumeur à l'épigastre, que l'on prit pour une hypertrophie du foie.

Le malade alla faire une cure à Carlsbad, il en revint fortement amaigri. Sa tumeur n'avait fait qu'augmenter de volume. On diagnostiqua un kyste hydatique du foie et on l'adressa à Küster, qui partagea tout d'abord cet avis.

A un examen approfondi, il reconnut que la tumeur faisait une forte saillie lorsque le malade était debout. L'attitude du patient était celle d'une femme enceinte.

La tumeur était animée de pulsations. Il n'y avait pas d'anévrysme. La percussion, le malade étant debout, démontra qu'il n'y avait aucun rapport entre la tumeur et le foie; une zone sonore de deux travers de doigt séparait ces deux organes.

Une ponction exploratrice pratiquée dans la tumeur, évacue un liquide trouble, jaune-rougeâtre, riche en albumine, avec des globules sanguins et quelques globules granuleux.

Par le trou de la ponction, une certaine quantité de liquide pénétra dans le péritoine et entraîna des symptômes de péritonite.

Lorsqu'ils se furent calmés, on pratiqua la dilatation artificielle de l'estomac et l'on constata que celui-ci venait se placer devant le kyste.

Ce symptôme et l'examen microscopique du liquide permirent de diagnostiquer un kyste du pancréas. Ce ne pouvait, en effet, être :

1° Qu'un anévrysme de l'aorte abdominale ou d'une de ses branches. Mais ce genre de tumeur était exclu par la nature des pulsations et le contenu du kyste, attendu que dans les anévrysmes il n'y a pas de globules graisseux;

2° Un kyste de la capsule surrénale; mais les kystes de ce volume ne se rencontrent pas dans la capsule du rein;

3° Un échinocoque du péritoine; mais la nature du liquide est différente dans ces kystes;

4° Un kyste lymphatique. Ici encore le contenu du kyste et l'examen microscopique ne permettaient pas d'admettre cette hypothèse.

Opération le 20 juillet 1886. Incision à partir de l'appendice xiphoïde jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le kyste est situé derrière le ligament gastro-colique, qu'on incise transversalement. Évacuation par la ponction de 2 ½ litres de liquide sanguinolent. Incision large du kyste et suture de ses bords aux téguments. Sa paroi interne, lisse, se continue jusqu'aux vertèbres. Pansement et tamponnement avec gaze iodoformée.

Le contenu du kyste renferme 3 % d'albumine; il transforme l'amidon en sucre et émulsionne les graisses.

Suites favorables. Le 20 août, il n'y a plus qu'une fistule; le malade a augmenté de 40 livres dans l'espace de quelques semaines, malgré une albuminurie et une polyurie passagères.

LARDY, *Ueber Pancreascysten.*

(*Correspondenzbl. f. Schw. Aerzte,* 1888, 1er mai, p. 279.)

Le malade qui fait le sujet de cette observation, a été opéré par Kocher et présenté par Lardy à la Société des médecins du canton de Berne, le 22 février 1888.

Voici son histoire :

Homme de 37 ans. Pas d'antécédents héréditaires, ni morbides.

Le 20 décembre 1886 il éprouve pour la première fois de violentes douleurs abdominales, sans cause appréciable.

Le lendemain tout rentre dans l'ordre; pas de douleurs à la pression, pas de ballonnement. Selle de couleur normale. Le malade reprend ses occupations.

Le 17 janvier 1887, nouvelle crise, analogue à la première. Douleurs intenses pendant trois heures, puis atténuation, sans jamais disparaître complètement et ce pendant six à huit semaines.

Huit jours après ce deuxième accès, le patient s'aperçoit que la partie sous-ombilicale de son ventre grossit.

En quinze jours la tuméfaction a acquis son apogée. Le malade est forcé de s'aliter, éprouvant des douleurs en marchant. Appétit conservé. Selles régulières un peu décolorées et rubanées. Pas d'ictère. Urines rares, légèrement troubles.

A partir de la fin du mois de février, le sujet peut sortir de temps en temps.

A la fin de juin, vomissements avec symptômes d'étranglement, de peu de durée.

Nouvelle rémission de six semaines, puis vomissements de plus en plus fréquents et finalement quotidiens.

Une heure après les repas, gonflement au niveau de l'épigastre, crampes et vomissements, puis répit.

D'octobre en novembre ces symptômes deviennent persistants.

Amaigrissement, perte des forces.

Le 25 novembre 1887, on fait sous chloroforme un examen approfondi, suivi de la *ponction exploratrice.* Symptômes de *péritonite* pendant huit jours.

Le 6 décembre 1887, le malade est évacué au service de chirurgie du professeur Kocher.

État actuel. Abdomen distendu régulièrement. Forte tension des parois.

Présence d'une tumeur volumineuse ronde, s'étendant de l'épigastre jusqu'au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et la symphyse, très nettement fluctuante, à surface lisse.

Peau non adhérente à la tumeur.

A la partie supérieure de l'abdomen, son tympanitique; ailleurs matité.

En avant de la tumeur on sent très nettement, s'étendant d'un rebord costal à l'autre, une bride tendue, en forme d'arc, à convexité inférieure.

L'ombilic est fortement refoulé en bas; la distance entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic est bien le double de celle de l'ombilic à la symphyse.

En insufflant l'intestin par l'anus, la bride en question se dilate énormément; il s'agit donc bien du côlon et la tumeur se trouve située derrière lui. L'insufflation de l'estomac démontre également que cet organe, qui remplit alors l'hypocondre gauche, est situé en avant de la tumeur.

Percussion et auscultation des organes thoraciques normales.

Selles de couleur normale.

Pour l'heure, le malade accuse peu de douleurs; quelquefois après les repas, vomissements. Urines normales. La recherche de la tripsine donne comme d'habitude un résultat négatif. Le liquide retiré quelques jours auparavant par la ponction est rouge foncé, sanguinolent. L'examen microscopique dénote la présence de globules rouges, non altérés, des amas de globules graisseux, renfermant par-ci par-là des amas d'hématoïdine (pas de beaux cristaux), des cristaux de cholestérine, pas trace de cellules endo- ou épithéliales.

En résumé, la tumeur s'est développée dans l'épigastre, derrière le grand tablier épiploïque, derrière l'estomac et le côlon; elle est située très sensiblement sur la ligne médiane et fluctue manifestement.

Vu la petite quantité de liquide extraite par la ponction, l'analyse chimique n'avait pas été faite; une deuxième ponction ne fut pas exécutée, de crainte d'accidents péritonéaux.

Le diagnostic de *kyste pancréatique* était justifié, parce que l'expérience nous apprend que ces kystes sont souvent hémorragiques, ce qui n'est pas le cas pour les kystes des reins, des capsules surrénales ou du foie.

Les antécédents d'autre part autorisaient à émettre cette

opinion; les douleurs lancinantes en effet pouvaient être mises sur le compte d'une obstruction du canal pancréatique ou d'un canal accessoire par un calcul; le développement rapide s'expliquait par une hémorragie, car le kyste n'avait pas débuté comme un hématome et l'hémorragie n'était pas le résultat d'une rétention.

Les selles, décolorées au début, étaient dues à des aliments gras, non digérés; les selles rubanées à la compression du gros intestin; les vomissements à celle du duodénum.

Les indications opératoires étaient les suivantes : tenter l'extirpation du kyste ou faire l'incision suivie du drainage.

Comme les statistiques nous enseignent que la première de ces opérations est des plus périlleuses et que tous les cas traités ainsi ont été suivis de mort, on se décida à faire l'incision et le drainage.

Opération le 30 décembre 1887.

Incision de 12 centimètres, sur la ligne blanche entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde; ouverture du péritoine et division verticale du ligament gastro-colique, qui est épaissi et très vasculaire. Le kyste est situé sous ce ligament. Sa surface est lisse, de couleur bleuâtre.

Suture du kyste à la plaie aux deux angles, puis ponction avec le gros trocart de Spencer-Wells.

Après avoir vidé le contenu, on élargit le trou de la ponction et on suture le kyste aux téguments abdominaux.

On retire 10 litres de liquide rouge foncé, visqueux.

La surface interne du kyste est lisse, de couleur blanc jaunâtre et a peu de tendance à saigner. La paroi du kyste se rétracte très vite, de telle sorte qu'on ne peut au moment de l'opération préciser son siège exact. Tamponnement iodoformé de la poche. Pansement au sublimé.

Suites simples. Guérison par deuxième intention sans incident. Apyrexie. Température maxima le deuxième jour = 38° le soir. Pas de douleurs.

Le patient a repris depuis l'opération. A l'heure actuelle on constate dans l'abdomen une bride très épaisse qui correspond à la poche suturée.

L'examen chimique du liquide kystique, fait par le professeur v. Nencki, ne révèle rien de caractéristique. Il ne digère pas l'albumine, mais transforme l'amidon en sucre.

WÖLFLER, *Diagnostic et traitement des kystes du pancréas.*
(*Zeitschr. f. Heilkunde*, Bd. IX, p. 119, et *Centralbl. f. Chir.*, 1er décembre 1888.)

Fille de 21 ans atteinte de gastro-entérite avec ictère et d'une tumeur qui en deux ans s'est développée au-dessous de l'ombilic. La patiente ne prend plus que peu de nourriture; vomissements et amaigrissement rapide.

L'état actuel est le suivant: L'épigastre et les deux hypocondres sont occupés par une tumeur qui a fortement distendu la peau. Son bord inférieur ne dépasse pas l'ombilic. *Fluctuation* vague. A la partie supérieure de la tumeur son tympanitique à la percussion, correspondant à l'estomac, qui est séparé de la tumeur, comme on peut s'en convaincre après l'avoir distendu avec du gaz acide carbonique. Même son tympanitique à la partie inférieure de la tumeur qui correspond au côlon transverse, et à la partie latérale droite entre la tumeur et le foie. Pas de pulsation. Pas de dyspnée, malgré la grande circonférence de la tumeur. Ni *diabète* ni polyurie.

W. pose le *diagnostic* de kyste du pancréas.

En effet, ce ne pouvait être un kyste du foie: il y avait, comme il vient d'être dit, une zone de sonorité entre cet organe et la tumeur; ni un kyste de la capsule surrénale ou du rein, qui aurait refoulé le côlon et non l'estomac en avant. La situation au-dessus de l'ombilic excluait un kyste du mésentère. A la rigueur on aurait pu avoir affaire à un kyste situé dans ou derrière le mésocôlon transverse.

On ne fit pas de ponction exploratrice, craignant la tension énorme de la poche et la pénétration du liquide dans le péritoine.

Opération. — Incision sur la tumeur, puis ponction du kyste, dont la paroi crève bientôt et dont le contenu s'échappe à flot à côté du trocart. On agrandit le trou de la ponction avec le bistouri. Évacuation de 5 litres de liquide. Suture de la poche

au péritoine pariétal, puis à la peau. Drainage avec deux drains et deux mèches de gaze iodoformée. Deux drains dans la cavité péritonéale.

Dans la suite la poche se gangréna; la vitalité de cette dernière avait sans doute été compromise par la compression excessive exercée sur elle par le liquide, peut-être aussi par les nombreux points de suture. Fièvre, cyanose, somnolence.

Apyrexie à partir du vingt-troisième jour.

Dans la quatrième semaine : enlèvement du drain.

Au bout de neuf semaines guérison complète.

Analyse du liquide. Sérosité rougeâtre, trouble, à réaction neutre, riche en albumine; transformant l'amidon en sucre, mais n'émulsionnant pas les graisses.

Wölfler, se basant sur ce cas, conseille de ne faire l'incision en un temps que lorsque le kyste est peu tendu; de choisir l'opération en deux temps dans le cas contraire; puis, de renoncer, dans ce cas également, à la suture du kyste, pour éviter la gangrène.

TREMAINE, *Kyste du pancréas traité par l'incision et la suture en un temps. Guérison.*

(*Transact. of the Amer. Surg. Assoc.*, vol. VI, Aug. 1888, p. 557.)

Homme d'une trentaine d'années.

Kyste situé dans la région épigastrique; la ponction exploratrice retire un liquide qui présente les propriétés du suc pancréatique : Poids spécifique = 1,0075, chlorure de sodium 0,57 °/₀; albumine 10 °/₀; traces de sucre. En présence d'un collapsus imminent, on se décida à intervenir; la laparotomie démontra que le kyste s'était rompu. Le chirurgien sutura les parois du kyste au péritoine pariétal et ferma le ventre.

L'opéré se remit; la plaie se ferma, mais bientôt après, le kyste se reproduisit.

On incisa l'angle inférieur de la plaie et on plaça un drain dans la poche kystique. Pendant plusieurs semaines, il s'en écoula du suc pancréatique.

La guérison fut obtenue au bout de trois mois.

Ici, comme dans bien des cas analogues, le pourtour de la plaie s'était excorié sous l'action du suc pancréatique.

KAREWSKY, *Deux observations de kystes du pancréas.*

(Soc. de méd. int. de Berlin, séance du 20 octobre 1890, in *Deutsche medic. Wochenschr.*, 1890, n° 46 *a*.)

La première observation de cet auteur concerne un homme de 25 ans, qui dans une chute se contusionna la région abdominale gauche et dut après cela garder le lit, avec des vomissements. Quatre semaines après cet accident, il remarqua dans la région abdominale supérieure une tumeur, qui peu à peu s'accrut, en même temps que survenaient des troubles dyspeptiques : vomissements, coliques, dégoût de la nourriture habituelle. A l'examen de l'abdomen je trouvai une tumeur arrondie, mate, commençant à deux doigts au-dessus du mamelon et descendant jusqu'à l'ombilic, allant de la ligne sternale à la ligne axillaire, suivant les mouvements respiratoires profonds. La matité est bien séparée de celle du foie par la sonorité stomacale. Dans le décubitus latéral droit, on constate également que cette matité ne se continue pas directement avec celle de la rate. En insufflant l'estomac on obtient la distention du côlon, dont le cylindre sonore passe au-dessous de la tumeur. Paroi abdominale tendue, fluctuation obscure, indolente; pas d'ictère, pas de fièvre; urine normale, selles non graisseuses. Ainsi, il y avait une tumeur kystique entre le foie et la rate d'une part, l'estomac et le côlon de l'autre. Dès lors l'origine pancréatique était bien probable : la ponction capillaire exploratrice vint encore confirmer ce diagnostic.

Je la pratiquai le 5 mars 1889 à l'aide d'un trocart capillaire, et recueillis 50 centimètres cubes d'un liquide renfermant de nombreux corpuscules sanguins en partie frais et des gouttelettes graisseuses. Le liquide en question était fluide, brunâtre, fortement alcalin, très riche en albumine. Il ne présentait pas de propriétés diastasiques. D'après ces données le diagnostic de kyste pancréatique ne paraissait pas douteux.

La ponction n'eut pas de suites fâcheuses; comme dans les cas de Küster, de Tremaine, etc. Au bout de neuf jours la tumeur, loin de diminuer, avait augmenté de volume. Je me

décidai par conséquent à pratiquer, le 14 mars suivant, la laparotomie.

Opération le 14 mars 1889. — Incision courbe à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal gauche, parallèle à ce dernier, sur la partie la plus saillante du kyste. Je préférai faire l'incision en cet endroit plutôt que sur la ligne blanche, à cause de la saillie et de la situation de la tumeur à gauche. Je fus très surpris de constater qu'au lieu de la tumeur, je tombai sur l'estomac fortement aplati. Le trocart explorateur avait par conséquent traversé l'estomac de part en part. Je n'arrivai pas à relever l'estomac pour arriver sur le kyste, à cause d'adhérences probables entre le kyste et la paroi postérieure de cet organe. Je fis par conséquent une incision verticale, perpendiculaire à la première, et après avoir récliné le lambeau ainsi formé, pus facilement mettre le kyste à nu. Il était recouvert par le ligament gastro-colique qui y adhérait. Avant de fixer le kyste à la peau, ce qui en raison de son extrême tension n'était guère praticable, je le ponctionnai avec un trocart de Potain et évacuai 2 litres de liquide. L'estomac et le côlon se placèrent alors spontanément vers le haut; le lobe gauche du foie apparut. Je pus alors sans difficulté suturer la paroi du kyste à l'angle gauche de la plaie. J'incisai ensuite le kyste et y plaçai un drain; puis à côté un tampon de gaze iodoformée.

Les suites de l'opération furent des plus simples.

Apyrexie complète. Température maxima = 37,5.

A partir du troisième jour, on constata l'élimination de lambeaux nécrosés provenant de la paroi du kyste; puis en même temps il se fit une sécrétion muco-purulente, qui excoria fortement le pourtour de la plaie.

Le quatorzième jour la sécrétion devint claire comme de l'eau, fluide; il se produisit un eczéma intense.

A cette époque déjà il n'y avait plus qu'une étroite fistule; j'y introduisis un petit drain et recueillis le liquide dans un vase stérilisé, pour le soumettre à l'analyse chimique. Application de pommade à l'oxyde de zinc sur l'eczéma.

Le 15 avril la sécrétion tarit complètement et le 20 je pus

renvoyer le malade dans ses foyers, complètement guéri; depuis lors il a repris son métier de cultivateur, et porte une ceinture pour obvier à une légère éventration, au niveau de la cicatrice.

1° Analyse du liquide recueilli par la ponction (Notes fournies par le professeur Salkowski):

Quantité: 1600 centimètres cubes. D = 1012. Réaction: faiblement alcaline.

Par le repos, il se dépose un sédiment épais, grisâtre; le liquide est d'ailleurs clair, rouge, brunâtre.

Le dépôt se compose de globules sanguins agglomérés, de leucocytes et de caillots de fibrine; il n'y a pas de cristaux.

Le liquide ne contient ni sucre, ni peptone, ni xanthine; mais, par contre, de l'albumine, de la globuline, de la propeptone.

Il réduit l'amidon et le transforme en sucre, et digère l'albumine; il n'émulsionne pas la graisse.

2° Le liquide recueilli par la fistule au cours du traitement, examiné par le docteur Boos, révéla les particularités suivantes:

Il est clair comme de l'eau, fortement alcalin, se trouble par la cuisson; l'addition d'un acide le rend effervescent (présence de carbonates). Au microscope, on trouve quelques rares cellules épithéliales et des leucocytes.

Il réduit l'amidon en sucre, mais n'agit pas sur la fibrine, malgré un séjour prolongé à l'étuve; il émulsionne les graisses.

Deuxième cas de Karewsky (ibidem).

Mon autre malade est un homme de 58 ans, qui, à la suite d'une chute sur le rebord costal gauche, avait été pris de vomissements persistants, de douleurs à l'épigastre, d'anorexie. Il se plaignait d'une sensation continue de plénitude dans la région de l'estomac; les vomissements le prenaient principalement après les repas. Il avait cependant continué ses occupations pendant quatre semaines; puis (janvier 1890) il s'était vu forcé de garder le lit. Au mois de mars on s'aperçut de l'existence d'une tumeur abdominale au-dessous du rebord des fausses côtes, à gauche, sur la ligne mamillaire. Cette tu-

meur rénitente était le siège d'une fluctuation mal dessinée; elle était peu sensible à la pression, peu mobile.

M. Karewsky vit le malade pour la première fois au mois de juin dernier. Il constata l'existence d'une tumeur située en arrière de l'estomac et du côlon, se délimitant bien, par la percussion, du foie et de la rate, sans rapport aucun avec le rein, à contenu liquide. La tumeur comprimait l'estomac; selon toute vraisemblance, elle s'était développée à la suite d'un traumatisme. En considération de ces caractères, de l'absence de fièvre, de la faible atteinte portée à l'état général, de la forme de la tumeur, Karewsky diagnostiqua un kyste du pancréas.

La tumeur fut opérée le 8 juin. Une incision pratiquée dans la paroi abdominale, et allant depuis le rebord des fausses côtes jusqu'à la ligne mamillaire à gauche, mit à nu l'estomac, le côlon et des anses d'intestin grêle; une éventration partielle fut nécessaire, pour amener au jour le néoplasme. A cause du peu de mobilité de la tumeur et de la grande tension qu'il eût fallu lui imprimer, il fut impossible de la fixer par des points de suture aux lèvres de la plaie abdominale. On l'incisa et on en fit sortir plus de 3 litres de liquide, dont une partie s'épancha dans la cavité abdominale. La paroi du kyste fut ensuite fixée à la plaie abdominale, et celle-ci fut recousue après mise en place de drains capillaires en gaze iodoformée. Les suites furent tout à fait normales. Au bout de quinze jours, élimination du kyste. Il se fit alors une sécrétion abondante de suc pancréatique, au contact duquel la cicatrice abdominale fut digérée dans toute son étendue; elle devint blanche, comme nécrosée. On introduisit un drain dans la fistule, pour régulariser l'écoulement du suc pancréatique, qui n'était pas de moins de 500 centimètres cubes en l'espace de vingt-quatre heures. Malgré cela, le malade digérait très bien ce qu'il mangeait. Après différentes tentatives infructueuses faites en vue d'arrêter l'écoulement du suc pancréatique par la fistule, cet écoulement s'arrêta certain jour, sans cause appréciable. Le malade s'est complètement rétabli en très peu de temps.

Le contenu du kyste, d'après l'examen qui en a été fait, ne renfermait pas de ferment susceptible de peptonifier les substances azotées, d'émulsionner les graisses; il était, par contre,

doué d'une action diastasique très prononcée. Le liquide qui s'écoulait par la fistule possédait toutes les propriétés du suc pancréatique.

N. Filipow, *Observation de kyste pancréatique.*

(Clinique chirurgicale du professeur W. F. Grube (Charkow), in *St. Petersb. medic. Wochenschr.*, 1890, n° 9.)

Cette observation concerne une femme de 65 ans, qui depuis trois ans avait constaté une tumeur indolente à l'épigastre. Depuis six mois le néoplasme augmente de volume et occasionne des douleurs paroxystiques, en même temps que de la dyspnée. Vomissements; amaigrissement. A l'entrée de la malade à la clinique, on constate un certain degré d'ictère. La tumeur, grosse comme une tête d'adulte, mobile, est située dans les régions supérieure et médiane de l'abdomen. On peut la repousser jusqu'à la colonne vertébrale; sa délimitation par rapport au foie est aisée; elle est mate à la percussion; une zone sonore la sépare de la matité de la rate. L'estomac d'une part, les intestins d'autre part, peuvent être distinctement reconnus. La position de la tumeur est notablement influencée par les mouvements de la respiration. La tumeur en question n'a pas de rapport avec les organes génitaux.

Sa surface est lisse partout. Fluctuation évidente. On ne fait pas de ponction exploratrice.

Le diagnostic de kyste pancréatique est probable. On fait toutefois quelques réserves sur la possibilité d'un kyste du mésentère.

Le premier diagnostic est confirmé par la laparotomie; le kyste se trouve formé par la tête et une partie du corps du pancréas. Le contenu consiste en un liquide brun foncé, à réaction alcaline.

Le chirurgien réséqua partiellement le kyste et sutura la poche à la paroi abdominale.

Les adhérences nombreuses et étendues qui unissaient le kyste aux parties voisines firent renoncer à l'extirpation totale.

L'état de la malade s'améliora rapidement après cette opération.

Exeat le dix-huitième jour avec une petite fistule.

A. J. Ochsner, *Kyste du pancréas traité avec succès par l'incision, la suture et le drainage en un temps.*

(Clinique du professeur Charles F. Parkes du Rush Medical College, Chicago, in *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XXXIX, p. 442—448, 1890.)

Une femme de 24 ans portait depuis quatre ans un kyste, situé à gauche de l'ombilic.

Dans l'espace d'un an la tumeur atteignit les dimensions d'un œuf d'oie. La malade fut soumise à un traitement électrique qui amena, d'après son dire, le ratatinement du néoplasme. La patiente devint enceinte et accoucha normalement. La tumeur ne s'était pas accrue. Au bout de six mois pourtant elle se développa au point d'acquérir bientôt les dimensions d'un utérus gravide à terme.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate une tumeur lisse, mobile, occupant l'hypocondre gauche, qui donne la sensation d'un kyste très tendu. La percussion est mate dans l'hypogastre, l'hypocondre gauche et la région lombaire gauche. Cependant à certains moments on sent des anses intestinales interposées entre la tumeur et la paroi. La percussion est sonore à droite. Le kyste semble indépendant de l'utérus et des ovaires.

Pas de diagnostic.

Opération le 11 décembre 1888. — Incision de 12 centimètres à 4 centimètres en dehors de la ligne blanche, du côté gauche. L'épiploon et quelques anses d'intestin se présentent, on les récline et on met le kyste à nu. Il est recouvert de quelques grosses veines, du calibre d'un doigt. Ponction exploratrice et évacuation d'une sérosité citrine. Ponction du kyste avec un gros trocart de Spencer-Wells et évacuation de 14 litres de liquide. On enlève ensuite le trocart et on ferme le trou de la ponction à l'aide d'une pince hémostatique. Suture de la paroi kystique à la peau et réunion de la paroi abdominale, de manière à réduire l'incision primitive à 4 centimètres.

Incision du kyste et drainage à l'aide de deux drains moyens.

Lavage de la poche avec solution boriquée à 4 %. Pansement avec gaze iodoformée et ouate boriquée.

Le liquide du kyste renferme des cellules graisseuses et des cristaux de cholestérine en petite quantité.

Apyrexie. Enlèvement des sutures le huitième jour. Raccourcissement progressif des drains. Pendant les dix premières semaines la plaie sécréta journellement environ 10 centimètres cubes de liquide clair; puis la sécrétion diminua. Enlèvement définitif du bout de drain restant, au bout de douze semaines. Un mois après, cicatrisation définitive.

Quinze jours après l'opération, l'opérée put se lever. Depuis lors son état général est excellent.

F. Treves, *On a case of cyst of the pancreas.*

(*Lancet*, 27 septembre 1890, t. II, p. 655.)

Un homme de 40 ans, employé de chemin de fer, ayant toujours joui d'une excellente santé, ne présentant aucun antécédent héréditaire, avait déjà souffert, il y a sept ou huit mois, de quelques douleurs dans la région ombilicale. On ne tarda pas à s'apercevoir qu'il était porteur d'une tumeur siégeant dans la même région. L'appétit était conservé; mais le moral du malade était abattu. De temps en temps quelques nausées. Pas d'ictère. Urine légèrement albumineuse. Ni hoquet, ni trouble de la respiration. Le sujet était affaibli. La peau du visage avait une coloration brun foncé qui frappait d'emblée. A l'examen de la tumeur, on trouve une aire de sonorité entre elle et le foie. Pas de sensation de fluctuation. Elle n'est pas influencée par les mouvements de la respiration. Quelques veines dilatées un peu au-dessous de l'ombilic. L'auteur songe alors à une tumeur sarcomateuse.

L'opération est pratiquée le 13 juin. L'incision étant faite sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic, on constate qu'on a affaire à un kyste. La surface est unie et d'un rouge brun. Aucune adhérence. Le kyste est ponctionné, ouvert et les bords de l'ouverture fixés par des sutures aux lèvres de la plaie. L'intérieur du kyste est parfaitement uni. Il contient 85 onces d'un liquide épais, opaque, brun rouge, alcalin, renfermant des hématies, de l'albumine, mais pas de bile et pas d'urine.

Un an après, guérison complète, disparition de la pigmentation de la face.

CATHCART, *Kyste du pancréas traité avec succès par la laparotomie (incision et drainage en un temps).*

(*British med. Journ.*, 22 février 1890, et *Gaz. méd. de Paris*, 1890, n° 45.)

Il s'agit dans cette observation d'un jeune garçon, tombé sous une voiture, qui lui avait passé sur le corps. On l'avait soigné à l'hôpital pour une lésion interne grave. Au bout de quinze jours, comme on n'avait pas vu se développer de nouveaux symptômes, on avait rendu le malade à sa famille.

Quelques mois plus tard le patient se faisait réadmettre à l'hôpital. Il avait le ventre tuméfié, et en l'examinant, on acquit la preuve que cette tuméfaction était due à une tumeur à contenu liquide. Une ponction exploratrice, pratiquée avec une seringue de Pravaz, donna issue à un liquide brun foncé. Presque immédiatement après, le malade eut des douleurs violentes et tomba dans un état de collapsus. On fit la laparotomie, et on trouva, épanché dans la cavité abdominale, un liquide de même aspect que celui qu'on avait retiré avec la seringue. Le foie et la rate étaient normaux. En introduisant le doigt dans le ventre, le chirurgien tomba sur un kyste en rapport avec le pancréas, en partie affaissé sur lui-même. La tumeur envahissait l'hypocondre gauche. Elle fut incisée à ce niveau et drainée. Le liquide qui s'en écoula était entièrement séreux, de réaction alcaline; il irritait les téguments, n'avait aucune action sur les albuminoïdes, mais transformait l'amidon en sucre.

Les plaies se cicatrisèrent sans le moindre incident fâcheux.

RIEGNER, *Kyste pancréatique diagnostiqué. Opération en un temps. Guérison.*

(*Berl. klin. Wochenschr.*, 1890, n° 42.)

L'observation de Riegner concerne une jeune fille de 23 ans qui, trois années auparavant, était tombée d'une assez grande hauteur. Après l'accident, elle avait ressenti des élancements

dans le ventre. Plus tard, elle était devenue sujette à des douleurs abdominales qui partaient du creux épigastrique.

Le 10 avril 1890, après une violente crise douloureuse, elle fut prise de vomissements tenaces: elle rendait des mucosités. Un médecin, mandé auprès d'elle, la trouva dans un état voisin du collapsus; les extrémités étaient froides, le corps couvert d'une sueur glacée, le pouls filiforme: Temp. 35°. Au bout de quelques jours les vomissements se calmèrent; le ventre était météorisé; la malade avait des éructations fréquentes, avec douleurs dans le ventre, s'irradiant de l'épigastre vers les parties latérales. Léger ictère, avec fièvre modérée (38,6).

Le 24 avril, la malade pouvait de nouveau se lever. Le 28, elle eut un accès semblable; elle dut reprendre le lit pendant quatre semaines, durant lesquelles les accès se reproduisirent à plusieurs reprises, en diminuant d'intensité. Vers le milieu de mai, le médecin constata l'existence d'une tuméfaction à l'épigastre, avec fluctuation, tympanisme à la percussion. Dans l'idée qu'il s'agissait d'une gastro-ectasie, il institua le lavage de l'estomac. Ce traitement eut pour effet de relever l'appétit, de faire cesser les éructations et le météorisme. Toutefois la tumeur augmentait de volume, devenait plus rénitente; la fluctuation était plus nette à percevoir à son niveau. On soupçonna un abcès sous-diaphragmatique enkysté, consécutif à la perforation d'un ulcère rond.

Le 15 juillet, M. Riegner, assistant du professeur Rosenbach, vit pour la première fois la malade et constata l'état suivant: mauvais état général, amaigrissement; anorexie; sensation désagréable de pesanteur au creux de l'estomac; selles régulières. Pouls petit, 84. L'épigastre se voûtait en avant; la saillie commençait à 4 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde et se continuait en bas jusqu'à la ligne mamillaire; à gauche jusqu'à la ligne axillaire. Elle remontait de 3 centimètres lors d'une inspiration, elle était agitée de pulsations isochrones à celles du cœur. A la palpation, cette saillie se présentait comme une tumeur circonscrite, élastique, fluctuante, du volume d'une tête d'adulte, à surface lisse, un peu inégale à droite vers son bord inférieur. Elle mesurait 38 centimètres dans le sens

transversal et 16 dans le sens longitudinal. Elle était douée d'une grande mobilité et recouverte en majeure partie par l'estomac dilaté. Une ponction exploratrice, pratiquée dans la tumeur, donna issue à un liquide alcalin, d'un brun rougeâtre, contenant un grand nombre d'amas de graisse et des globules rouges.

Ce liquide possédait la propriété d'émulsionner les graisses et de saccharifier les amylacés. L'urine contenait des traces de sucre. Il n'y avait pas de graisses libres dans les matières fécales, mais beaucoup de fibres musculaires striées.

On diagnostiqua un kyste du pancréas, et on résolut de l'inciser après l'avoir fixé à la paroi abdominale.

Opération le 17 juillet 1890. — Précautions habituelles.

Incision médiane commençant près de l'appendice xiphoïde, longue de 6 centimètres. Après avoir divisé les téguments et le péritoine, on tombe sur le ligament gastro-hépatique fortement tendu par la tumeur. On n'aperçoit ni le bord inférieur du foie ni la petite courbure de l'estomac. Près de l'incision péritonéale se trouvent une artère et une veine volumineuses. On fend l'épiploon parallèlement à ces vaisseaux jusqu'au niveau des angles de la plaie. La tumeur apparaît aussitôt. Ponction du kyste avec la seringue de Pravaz; un flot de liquide s'écoule avec violence dès que l'aiguille est retirée, et inonde le champ opératoire. On introduit aussitôt un gros trocart, à l'aide duquel on évacue 1500 centimètres cubes de liquide sanguinolent; le kyste s'affaisse et est peu à peu attiré au dehors au moyen de pinces hémostatiques. Le bord libre du foie et l'estomac sont maintenant visibles. Suture de la paroi kystique au péritoine pariétal à l'aide de fils de catgut; puis incision du kyste et nouvelle série de sutures fixant le kyste à la peau.

L'épaisseur de la paroi du kyste est de 3 millimètres; sa surface interne est lisse partout, sauf en avant et à droite, où l'on constate une saillie rugueuse, déjà diagnostiquée antérieurement. La cavité s'étend vers l'hypocondre gauche; tout au fond on sent nettement le pancréas; sa queue paraît détruite; à gauche, accolé aux vertèbres, on sent battre l'aorte.

On étanche le kyste avec de la gaze stérilisée, puis, sans faire de lavage, on le tamponne avec de la gaze iodoformée.

Pansement avec un coussin de mousse antiseptique.

Analyse du liquide kystique par le docteur Stern.

Réaction alcaline, D = 1009; albumine en petite quantité. Le liquide émulsionne les graisses et transforme l'amidon en sucre après trois minutes; son action sur la fibrine est nulle.

Suites normales. Apyrexie complète.

Le pansement dut être renouvelé le deuxième jour, à cause d'une abondante sécrétion, limpide d'ailleurs, qui avait corrodé la peau dans une grande étendue, malgré l'application préventive d'onguent de zinc.

Pansement deux fois par jour. L'eczéma guérit en deux jours.

Enlèvement du tampon iodoformé le septième jour; on le remplace par un tampon de gaze stérilisée, qui est renouvelé tous les jours dans l'intention de recueillir et d'analyser le liquide sécrété. Cette manœuvre ne réussit pas. Quelques jours plus tard, on applique une légère couche de gaze sur la fistule, de manière à lui permettre de se remplir. Le liquide ainsi accumulé est recueilli à l'aide d'une pipette et renfermé dans une éprouvette stérilisée. On constate que ce liquide digère maintenant la fibrine.

Peu à peu la fistule se ferme; les fils sont enlevés du onzième au vingtième jour.

Vers le milieu d'août il n'y a plus qu'une petite plaie bourgeonnante, qui se cicatrise en entonnoir au commencement de septembre. Il n'y a pas d'éventration.

La malade a augmenté de 8 livres pendant son séjour à l'hôpital.

C. Observations des cas de kystes pancréatiques traités par l'extirpation totale.

Bozeman, *Kyste du pancréas pris pour un kyste ovarique. Extirpation totale, facilitée par la présence d'un pédicule. Guérison.*

(*Med. Record,* New-York, 1882, XXI, p. 46, et *Arch. gén. méd.,* 1882, vol. II, p. 102.)

La malade, femme d'un médecin du Texas, est âgée de 41 ans; grande et robuste, elle pèse près de 200 livres. Jusqu'à l'âge de 34 ans, elle a toujours été bien portante, sauf quelques accidents dyspeptiques. Il y a sept ans, elle éprouva pour la première fois une douleur dans la région iliaque droite; douleur s'irradiant dans la cuisse droite et parfois accompagnée d'engourdissement.

Il y a cinq ans, l'abdomen commença à se développer, lentement d'abord; on remarqua que le côté gauche augmentait graduellement de volume, tandis que le côté droit restait aplati.

A cette époque, ni la malade, ni son mari, qui examinait fréquemment la tumeur, n'attachèrent d'importance à ce développement de l'abdomen.

Il y a six ou sept mois, la tumeur, qui jusqu'alors augmentait lentement, fit de rapides progrès; la distension de l'abdomen devint complète et symétrique. En même temps, la malade commença à maigrir.

Le professeur Richardson (de la Nouvelle-Orléans) porta le diagnostic de kyste de l'ovaire et engagea la malade à consulter le docteur Bozeman, 19 novembre 1881. Celui-ci examine la malade et porte le même diagnostic, ainsi que ses deux collègues, les docteurs Thomas et Emmet.

2 décembre 1881. — *L'opération* est faite avec les précautions de la méthode de Lister. Au début, rien d'anormal. On arrive sur la tumeur par l'incision sous-ombilicale; la tumeur a l'apparence habituelle des kystes ovariques uniloculaires, sauf, peut-être, une couleur perle un peu plus foncée. On re-

tire par la ponction 2 gallons et demi de liquide (11 litres environ).

Après la ponction, les deux tiers de la poche furent attirés au dehors. Pour la première fois, Bozeman pensa que le kyste n'était pas une tumeur ovarique. La main plongée dans la cavité péritonéale découvrit l'utérus et les deux ovaires; il en conclut que le kyste tirait son origine d'un point de la partie supérieure de l'abdomen. Il prolongea l'incision de deux pouces au-dessus de l'ombilic. La tumeur parut adhérer étroitement au côlon transverse. Après quelques recherches, le chirurgien atteignit le pancréas. Il découvrit une grosse veine très tortueuse, qu'il reconnut plus tard être la veine splénique, et dont les rapports étroits avec le pédicule furent un obstacle considérable pour l'opération. Il contourna la tumeur, jusqu'à ce qu'il fût arrivé sur la queue du pancréas, situé sur le côté du kyste auquel elle adhérait étroitement dans une étendue de deux pouces. Il commença par séparer l'extrémité du pancréas de la tumeur par la dissection; le pancréas attiré au dehors présentait son aspect normal. Le *point d'attache* du kyste était situé à l'union du tiers externe et des deux tiers internes du pancréas; le pédicule, long de $^3/_4$ de pouce, avait un diamètre d'environ $^3/_4$ de pouce; les veines du pédicule étaient très volumineuses.

Le pédicule, une fois isolé, fut transfixé avec une aiguille, lié suivant le procédé habituel et coupé. L'artère qui alimentait la tumeur était sans aucun doute une branche de la splénique, et avait les dimensions d'une artère humérale.

L'hémorragie fut peu abondante; aucune ligature de vaisseau ne fut faite.

Le poids total de la tumeur et de son contenu était de 20 livres et demie. Coloration du liquide légèrement brunâtre, densité 1020, réaction acide : celle du liquide des kystes ovariques est habituellement alcaline.

Les quinze jours qui précédèrent l'opération, la malade prit trois fois par jour 1 gr. de salicylate de soude; le matin de l'opération 1 gr. environ de quinine et 5 centigr. d'opium.

Après le traitement, on prescrivit une potion cordiale et opiacée, et, toutes les dix heures, des lavements contenant environ

50 centigr. de quinine et 60 gr. de bouillon concentré. C'est le troisième jour que la température atteignit son maximum (39° centigr. environ; 101,5 Fahrenheit). Le pouls ne fut jamais au-dessus de 98.

A partir du troisième jour les doses de quinine furent graduellement diminuées.

Le huitième jour, ayant suspendu la quinine, la température s'éleva à 102,8 Fahrenheit. La quinine fut prescrite de nouveau (50 centigr. toutes les six heures) et la température en l'espace de trente-six heures tomba à 95,5 Fahrenheit.

La guérison était complète le trente-huitième jour.

ZUKOWSKI (ROKITANSKY), *Kyste du pancréas non diagnostiqué. Laparotomie. Tentatives d'extirpation. Mort de péritonite suppurée.*

(*Wiener med. Presse,* 1881, n° 45.)

Femme de 36 ans. Tumeur fluctuante, mobile, occupant l'abdomen, s'étendant à partir de deux travers de main au-dessus de l'ombilic jusque dans le petit bassin. La tumeur a débuté il y a près de trois ans au niveau de la région épigastrique et s'est accrue depuis lors.

Diagnostic = kyste ovarique.

Le 27 février 1881, extirpation par v. Rokitansky. Incision de la ligne blanche. Écoulement d'ascite. Le kyste est entouré d'adhérences multiples : en avant, avec le tablier épiploïque et la surface postérieure de l'estomac; plus bas, avec le côlon transverse et descendant. En détachant les adhérences, on déchire le côlon transverse sur 2 centimètres de longueur. Suture immédiate de cet intestin. Cinquante ligatures de catgut et de soie sont nécessaires pour libérer les adhérences. En décollant l'épiploon, on déchire la poche du kyste : une partie de son contenu s'épanche dans le péritoine. On agrandit l'ouverture du kyste et on évacue 5 litres de liquide rouge-brun. Collapsus grave forçant à laisser l'opération incomplète. La partie de la tumeur libérée est pédiculisée avec l'écraseur de Chassaignac, puis sectionnée; le pédicule est fixé à l'angle supérieur de la plaie. Météorisme et écoulement fétide par

l'abdomen. Drainage le troisième jour et lavage avec solution phéniquée à un demi °/₀.

Le sixième jour, écoulement de matières fécales par le drain et le long de celui-ci.

Mort le 9 mars.

Autopsie : Péritonite suppurée. La paroi postérieure du kyste renferme des excroissances, longues, molles, peu vasculaires; le reste de la poche est lisse. Cette portion du kyste est en rapport avec le pancréas; la tête de cet organe est bien visible; le corps se continue à gauche avec la paroi du kyste; la queue fait défaut. Le canal de Wirsung est conservé au niveau de la tête et du corps; en poussant une injection dans ce canal, on constate que de nombreuses ramifications s'étalent sur la paroi kystique, même là où il n'y a pas de tissu pancréatique.

Analyse du liquide kystique. — Le liquide du kyste est rouge-brun, trouble, alcalin; sa densité est de 1014; il renferme des grumeaux faiblement colorés, de l'hémoglobine, de la séro-albumine, de la séro-globuline, de la cholestérine, de la paralbumine et des sels inorganiques.

RIEDEL, *Extirpation d'un kyste pancréatique. Mort.*

(Quatorzième congrès de la Soc. allem. de chir., in *Centralbl. f. Chir.*, 1885, supplément au n° 24, p. 77.)

Femme de 46 ans. Il y a neuf ans, elle s'aperçut pour la première fois de la présence d'une tumeur dans la région supérieure de l'abdomen. L'accroissement de la tumeur, lent au début, progressa dans les derniers temps très rapidement, au point de remplir actuellement la presque totalité de l'abdomen. Elle est nettement fluctuante.

La patiente ayant prétendu que la tumeur s'était accrue de bas en haut, Riedel diagnostiqua un kyste ovarique.

Au cours de la laparotomie, faite quelques jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, on trouva le côlon transverse placé juste au-dessus de la symphyse pubienne.

L'énucléation de la tumeur ponctionnée fut aisée et se fit avec peu d'hémorragie; elle était située sous l'estomac au

niveau des vertèbres. Dans cette région, l'hémorragie fut plus abondante et nécessita plusieurs ligatures.

Mort le cinquième jour, après avoir présenté des signes de péritonite légère.

Autopsie. — Adhérences récentes de quelques anses intestinales. On retrouve une ligature placée autour d'une petite portion du pancréas.

Le kyste extirpé se compose d'une poche épaissie, qui ne présente à sa surface interne que quelques rares nodosités. Au point de vue histologique, la paroi externe du kyste se compose partout de tissu conjonctif, sa surface interne est tapissée d'une rangée de cellules analogues à celles que l'on trouve dans le pancréas. A tout prendre, il s'agit de tissu pancréatique, de plus en plus comprimé par le développement du kyste. La structure des nodosités rappelle celle des végétations adénoïdes, on y rencontre des cavités grandes et petites, tapissées d'épithélium cylindrique.

SALZER, Fritz (BILLROTH), *Zur Diagnostik der Pankreascyste.*

(*Prager Zeitschr. f. Heilkunde*, 1886, n° 1, p. 1—25.
Aus der BILLROTH'schen Klinik.)

Une jeune fille de 33 ans, vierge, s'aperçoit pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, dont elle a été affectée il y a quinze ans, de la présence d'une tumeur grosse comme un œuf d'oie, située au-dessus de l'ombilic. Au bout de quelques semaines cette tumeur disparaît, pour redevenir apparente quatre ans plus tard.

Grosse comme le poing à cette époque, elle se développa peu à peu et atteignit au bout de quelques années les dimensions d'une tête d'enfant.

Symptômes. — Douleurs de rein, d'estomac, vomissements bilieux. La tumeur occupe assez exactement le milieu de l'abdomen. Elle est sphérique, lisse, fluctuante, mobile latéralement à gauche et à droite. Entre la tumeur et l'appendice xiphoïde existe une large zone tympanitique.

La matité de la rate et du rein est normale.

Diagnostic. — Kyste ovarique.

Laparotomie. — L'épiploon, passablement adhérent et placé au-devant de la tumeur, est incisé; celle-ci, mise à nu est très adhérente aux parties voisines: en avant au ligament gastro-colique, qui est étalé au-devant du kyste.

Le côlon transverse refoulé par la tumeur se trouve situé derrière la symphyse; il masque toutefois d'une façon très complète la partie inférieure du néoplasme. Après avoir libéré le côlon, on constate que le kyste adhère au mésocôlon. L'extirpation du kyste est faite à travers la boutonnière de l'épiploon, avec de grandes difficultés, tant les adhérences sont intimes et la paroi du kyste friable.

Ligature d'une grosse veine très adhérente à la surface de la tumeur; cette veine doit être une anastomose entre la mammaire interne et une artère lombaire. Il n'y a pas de pédicule; l'extrémité supérieure de la tumeur se prolonge derrière l'estomac à une certaine distance.

Pas de drainage. Suture à étages.

Mort le sixième jour.

Autopsie. — Péritonite suppurée. Au niveau du point d'implantation du kyste, on découvre le pancréas, sectionné transversalement derrière sa tête et à ce niveau le vaisseau lié dont il a été question plus haut et qui n'est autre que l'artère et la veine splénique.

Une partie de la queue du pancréas existe à l'état de bride de 5 centimètres de longueur.

Rate doublée de volume: pulpe brun foncé.

Le contenu du kyste est un liquide brunâtre, renfermant de la séro-albumine et de la globuline. Pas de métalbumine. Il n'a pas de propriétés diastasiques; ne réagit pas sur l'albumine.

La paroi postérieure du kyste est formée en majeure partie de substance pancréatique; ses autres parties, de tissu conjonctif, pauvre en cellules, en partie crétifiées et pourvues d'amas de pigment brunâtre. La surface interne du kyste, lisse, dépourvue d'épithélium, est tapissée de cloisons saillantes en forme de peigne.

A. Martin, *Kyste du pancréas datant de seize ans et pris pour un kyste ovarique. Première intervention, restée inachevée. Seize ans plus tard, nouvelle laparotomie. Diagnostic au cours de l'opération. Extirpation totale. Guérison absolue en dix-sept jours.*

(Communicat. à la Soc. de gynécol. de Berlin, séance du 14 février 1890, in *Virchow's Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, Bd. 120, 1890.)

Dans le courant de l'automne 1890, une femme de 50 ans, que je connaissais pour l'avoir vue en octobre 1873 à la clinique de mon père, vint me consulter. Elle portait, à cette époque déjà, une volumineuse tumeur abdominale qu'on croyait être un kyste ovarique gauche. Sur la partie latérale droite de la tumeur on sentait une proéminence particulière, qui fut prise pour une adhérence intestinale. Les douleurs de la malade étant très vives, on fit la laparotomie. Le diagnostic sembla se confirmer après l'ouverture du péritoine; mais l'opération parut impraticable. En effet, l'intestin qui adhérait à la tumeur, était placé obliquement, de gauche à droite et de haut en bas : c'était le gros intestin. Le néoplasme semblait inclus dans une sorte de mésocôlon; les adhérences étaient des plus serrées. On se demanda si l'ovaire en était bien le siège ou s'il était indépendant des annexes. Quoi qu'il en soit, on referma le ventre, jugeant plus prudent d'agir ainsi. Les suites furent normales, mais l'état de la malade ne s'améliora pas, bien entendu.

Au printemps de l'année 1875 l'opérée vint se faire examiner une deuxième fois. Je proposai à mon père, le docteur Martin, d'intervenir de nouveau; il ne put s'y résoudre. A partir de cette époque la malade subit différents traitements palliatifs, sans grand succès. Peu à peu la tumeur augmenta de volume, si bien que la malheureuse femme fut bientôt hors de service. Finalement, le dernier médecin qui avait été appelé auprès d'elle, le docteur Eisfeld, me l'adressa.

Je constate que l'état de la malade est sensiblement le même qu'il y a seize ans; seulement le ventre est devenu énorme; sa circonférence, qui alors était de 98 centimètres, est actuellement de 1 mètre 55 centimètres. Il n'y a ni ca-

chexie, ni amaigrissement notable. L'abdomen prolabe sur les cuisses, qui sont légèrement œdématiées, de même que les jambes. Miction et défécation très pénibles; dyspepsie, anorexie.

Le kyste, nettement fluctuant, remplit tout l'abdomen; on peut délimiter en haut l'estomac, grâce à la percussion; à gauche il y a de la matité partout; à droite il y a de la sonorité jusque près de la symphyse pubienne. L'adhérence du côlon, précédemment décrite, peut être constatée facilement. La cicatrice de la première opération a la largeur de deux travers de main. Il semble y avoir des adhérences entre la paroi abdominale, excessivement amincie et la surface du kyste, car le glissement de ces deux surfaces l'une sur l'autre est presque nul.

L'utérus est atrophié; à droite on sent très nettement l'ovaire également atrophié. On ne perçoit pas l'ovaire gauche; le segment inférieur du kyste proémine au détroit supérieur.

Comme antécédents, voici les renseignements fournis par la malade: Règles normales à partir de l'âge de 15 ans jusqu'à 48 ans. Six couches, la première à 21 ans; les autres tous les deux ans. Après sa première couche, elle constata à gauche de l'ombilic une tumeur grosse comme un œuf, qui lui occasionna de vives douleurs. Cette tumeur paraissait mobile; de temps en temps il y avait exacerbation des douleurs; petit à petit elle augmenta de volume.

Après sa deuxième couche elle eut de violentes crampes d'estomac, survenues sans cause connue.

Dans son enfance elle avait eu la fièvre intermittente; mais à part cela, elle avait toujours joui d'une excellente santé. Ses couches ont d'ailleurs été normales.

Malgré les difficultés qui avaient fait surseoir à la première opération en 1873, le docteur A. Martin se décida à intervenir une seconde fois.

Opération le *8 octobre 1889.* — Incision de l'ancienne cicatrice; celle-ci est faiblement adhérente à la tumeur sous-jacente. Le péritoine pariétal se réfléchit à gauche, tout près de l'ancienne cicatrice, sur la tumeur; celle-ci, d'origine

rétro-péritonéale et sous-séreuse, a comprimé et effacé en quelque sorte la cavité péritonéale. Le côlon descendant accolé au kyste se dirige de haut en bas et de gauche à droite. On incise le péritoine qui recouvre la tumeur, parallèlement au côlon et à une distance d'environ 7 centimètres de ce dernier. Cette incision met à nu la poche kystique, qui en cet endroit est résistante et fortement tendue. Grâce à cette incision, et après avoir écarté les intestins, le chirurgien décolle la surface antérieure du kyste, à partir du côlon transverse jusqu'à l'S romanum.

A ce moment il reconnaît que le néoplasme n'affecte aucun rapport avec les organes génitaux; que ceux-ci sont normaux tout en étant atrophiés et qu'ils occupent tant à gauche qu'à droite leur situation habituelle.

Cela fait, M. incise le kyste et évacue 15 litres de liquide, dont 12 peuvent être recueillis. Un examen approfondi permet de reconnaître que la tumeur a pris naissance dans le voisinage du pancréas. La main, introduite dans le ventre, pénètre vers le bord inférieur du rein gauche jusqu'à la paroi postérieure de l'abdomen; on sent battre l'aorte et l'on touche les vertèbres. La tumeur s'étend en haut jusque sous l'estomac, dans la région du duodénum.

En attirant fortement le kyste en avant, on arrive à le dégager du péritoine, du mésentère et des intestins; de cette façon on arrive à le mettre à nu, sans grande perte de sang, jusque tout près des vertèbres. Ce n'est qu'à ce niveau qu'apparaissent de gros vaisseaux : en haut des branches volumineuses provenant, sans aucun doute, de l'artère splénique; plus bas une veine de la grosseur du pouce (veine splénique ?), qui est sectionnée entre deux ligatures.

La poche kystique, dont les parois étaient à ce niveau considérablement épaissies, est isolée jusque près de son origine. Un pédicule de la largeur de deux doigts, renfermant d'énormes vaisseaux, est constitué, puis fragmenté en deux faisceaux, liés isolément avec un fil de catgut. Le kyste est sectionné au-devant des ligatures, et aussitôt le pédicule disparaît dans la profondeur.

L'estomac et le côlon reprennent aussitôt leur situation nor-

male; les intestins, refoulés à droite par la tumeur, peuvent également être réintégrés en place. Les bords de la plaie tégumentaire sont recouverts dans une étendue de 6 à 8 centimètres d'une couche épaisse de fibrine. Du côté gauche, le péritoine pariétal est décollé; il en est résulté un espace mort sous-péritonéal. La peau est en excès; on en retranche du côté gauche une bande de 8 centimètres, du côté droit une bande un peu moins large. L'incision remonte à plusieurs travers de doigt au-dessus de l'ombilic, qui est réséqué avec la bande de peau en question. J'ajoute que la résection des téguments a porté jusque dans les tissus sains.

Suture de la paroi abdominale.

Durée de l'opération, 42 minutes. Perte de sang minime.

Suites normales, comme le démontre la courbe thermique :

8	octobre	(1er jour).	Temp. matin	37.	Soir 38.
9	—		—	37,2.	— 37,6.
10	—		—	36,9.	— 37,2.
11	—		—	37,1.	— 37,3.
12	—		—	37,3.	— 37,5.
13	—		—	37,5.	— 37,6.
14	—		—	37,3.	— 37,6.
15	—		—	37,2.	— 37,7.
16	—		—	37,2.	— 37,6.
17	—		—	37,2.	— 37,7.
18	—		—	37,2.	— 37,6.
19	—		—	37,1.	— 37,7.
20	—		—	37,3.	— 37,6.
21	—		—	37,3.	— 37,6.
22	—		—	37,3.	— 37,5.
23	—		—	37,2.	— 37,4.
24	—	(17e jour).	—	37,1.	— Exeat guérie.

Le quatrième jour la malade eut sa première selle, après avoir rendu des gaz par l'anus dès le troisième jour. Il n'y eut pas de vomissements, à part ceux du chloroforme, ni aucun symptôme de péritonite. La guérison se fit avec une rapidité merveilleuse, et dès le vingt-septième jour la malade put quitter la maison de santé. Depuis lors la guérison ne s'est pas

démentie (seize mois). L'ancienne opérée a une mine florissante; toutes ses fonctions s'exécutent admirablement. Il n'y a jamais eu ni sucre, ni albumine, ni sang dans les urines.

Autopsie de la pièce. — Le kyste renferme environ 15 litres de liquide. Ses parois ont encore une épaisseur de 2 à 3 millimètres, malgré une macération de quelques jours dans l'alcool; à un certain endroit cette épaisseur est même plus considérable, sa coloration rosâtre tranche à ce niveau sur le reste de la préparation.

Cette paroi est constituée par des couches de tissu cellulaire, pauvre en vaisseaux, si l'on en excepte la partie rosée, plus compacte que le reste. La partie interne du kyste est tapissée par un épithélium cylindrique, recouvert par un dépôt fibrineux d'aspect rouge-brunâtre. Par-ci par-là on constate de petites ecchymoses parsemées de corpuscules graisseux. Au niveau de la portion hypertrophiée existent de gros vaisseaux, qui s'étalent sur la paroi externe de la poche, sous forme de vaisseaux artériels volumineux, et d'une veine grosse comme le pouce. Ces vaisseaux, comme il a été dit plus haut, avaient été liés au cours de la laparotomie.

L'intérieur de cette partie hypertrophiée renferme un grand nombre de kystes plus ou moins gros, variant du volume d'une noisette à celui d'un œuf d'oie. Le contenu de ces derniers est variable : les uns renferment un liquide analogue à celui du kyste principal; d'autres, un détritus sanieux, d'autres du sang coagulé, d'autres enfin du sang presque frais. Tous ces kystes sont tapissés d'un épithélium cylindrique, aplati par la pression du liquide qu'ils renferment. Les plus petits de ces kystes contiennent des cellules cylindriques ayant subi la dégénérescence graisseuse, des cellules graisseuses normales, puis des amas de graisse, sur la périphérie desquels on rencontre un épithélium cylindrique dégénéré. Ces petits kystes sont sans nul doute des débris d'acinis glandulaires; à côté de ces kystes, on rencontre des lacunes remplies de sang extravasé, qui peuvent être considérées comme des ectasies vasculaires. Ces espaces lacunaires, véritables sinus, ont un endothélium, tapissé de cellules fusiformes.

On trouve encore des extravasats de sang en dehors de ces lacunes, entre les mailles du tissu cellulaire.

Ces espaces ne communiquent pas entre eux; ils affectent la forme d'ectasie en rosaire.

Il n'y a pas de canal excréteur dans cette tumeur, qui a la forme bien connue du pancréas, en marteau agrandi.

Le liquide kystique est brun, visqueux; par le repos sa surface se recouvre d'une couche épaisse de cholestérine; au fond du vase se forme un dépôt de mucosités.

Le liquide malheureusement fut souillé et ne put être examiné à fond; on y constata cependant une grande quantité d'albumine. Mais on ne put vérifier s'il transformait l'amidon en sucre, car on y avait versé par mégarde une solution de sublimé.

L'auteur fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

D'après les données précédentes, nous pouvons affirmer que nous avons eu affaire à un kyste pancréatique, ou mieux à une tumeur kystique développée dans le pancréas. La preuve que le pancréas a subi cette dégénérescence kystique dans sa presque totalité, nous est fournie par l'impossibilité où nous nous sommes trouvé de démontrer la présence du canal de Wirsung. Cette dégénérescence particulière du pancréas en tissu connectif nous prouve, d'autre part, la destruction du tissu pancréatique; nous pouvons également admettre avec vraisemblance que le contenu des différents kystes décrits a perdu par là les qualités caractéristiques du suc pancréatique. D'autre part, on ne saurait invoquer contre notre opinion l'argument que le canal excréteur faisait défaut. Car, dans ces sortes de dégénérescence scléreuse, ce ne sont pas seulement les éléments de la glande proprement dite qui sont transformés et qui disparaissent, mais bien aussi les canaux excréteurs eux-mêmes.

En somme, il s'agit dans ce cas d'une dégénérescence kystique ayant porté sur un pancréas détruit par un processus interstitiel chronique.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages

INTRODUCTION 3

Observation personnelle 5

PLAN 9

CHAPITRE I. Historique 10

Sommaire. — Travaux du dix-huitiéme siécle et du commencement du dix-neuvième siécle, relatifs à l'anatomie pathologique du pancréas. — Bécourt (1830) décrit les deux premiers cas de kystes du pancréas, bien et dûment confirmés par l'autopsie. — L'histoire des kystes pancréatiques date en réalité de cette époque. Elle s'étend par conséquent sur une suite de soixante ans et comprend deux périodes : 1° période anatomique et clinique (1830 à 1881) ; 2° période chirurgicale ou coutemporaine.

A. *Période anatomique :* travaux d'Engel, de Crampton, etc. — Observations de Le Dentu, de Lediberder, Janeway, Zeemann et Oser, etc.

B. *Période chirurgicale :* Observations de Thiersch, Bozeman, Kulenkampf, Gussenbauer, Senn, Koatz, Salzer, Wölfler, Annandale, etc.

CHAPITRE II. Étiologie et Anatomie pathologique 22

Sommaire. — I. Kystes symptomatiques : Ils n'offrent que peu d'intérêt au point de vue chirurgical. — Affections qui leur donnent naissance. — Altérations de la glande pancréatique consécutives à ces kystes.

II. Kystes idiopathiques.

Classification : A. *Kystes purulents :* Observation nouvelle de Rosenbach.

B. *Kystes hydatiques :* Leur excessive rareté. — Causes de cette rareté.

C. *Kystes hémorragiques* ou *hématomes :* Leur étiologie. — Le traumatisme est le facteur le plus important sous le rapport étiologique. — Preuves à l'appui. — Mécanisme qui préside à la formation des hématomes. — Opinions des différents auteurs à ce sujet.

D. *Kystes proprement dits :* Étiologie. — Différentes variétés : Kystes glanduleux de Cruveilhier ; grenouillette pancréatique de Virchow, etc.

Siège des kystes pancréatiques. — Fréquence suivant le sexe, l'âge. — Forme et volume. — Situation. — Rapports avec le péritoine et les organes voisins. — Phénomènes de compression qu'ils exercent sur ces organes. — Constitution anatomique des kystes : Poche kystique. — Contenu du kyste : Composition chimique et propriétés du liquide kystique.

Pages

CHAPITRE III. Symptômes 46

Sommaire. — Symptômes initiaux. — Début parfois brusque : Névralgies cœliaques ; troubles digestifs. — Absence de symptômes dans d'autres cas, à part l'amaigrissement. Observation de Nichols. — *Diabète* pancréatique, mis en relief pour la première fois par M. Lancereaux. — Expériences de MM. Minkowski et von Mering, de M. Lépine, de M. Hédon. — Observation de Goodmann.

Stéarrhée. — Procédé de Bonamy pour reconnaître la présence de la graisse dans les selles.

Formation de la tumeur. — Époque de son apparition.

Caractères généraux. — Siège. — Forme. — Signes fournis par la percussion. — *Son hydro-aérique* de M. Le Dentu.

Marche et terminaison.

Accidents entraînant la mort : Accidents généraux : Diabète, cachexie. — Accidents locaux : Hémorragies ; rupture du kyste.

Complications : Phénomènes de compression sur les organes voisins. — Compression des voies biliaires, de l'intestin. — Occlusion intestinale.

Observation de Hagenbach.

CHAPITRE IV. Diagnostic et Pronostic 65

Sommaire. — Difficultés du diagnostic ; il n'a été établi d'emblée que six fois sur trente-deux cas ; la plupart du temps il n'a été fait qu'à la suite de la ponction exploratrice, plus souvent encore au cours de la laparotomie. — Erreurs commises : Confusion avec les kystes ovariques, etc.

Diagnostic de la nature de la tumeur. — Utilité de la *ponction exploratrice* (Küster, Annandale, Riegner). — Inefficacité de la ponction (Fenger, Kulenkampf, Senn, Koatz, Hagenbach). — Dangers de la ponction exploratrice (Küster, Lardy, Le Dentu, Hagenbach).

Diagnostic différentiel tiré de l'examen du liquide kystique. — Propriétés caractéristiques de ce liquide.

Diagnostic du siège de la tumeur : Signes indiqués par MM. L. Labbé, Tillaux pour reconnaître si elle est pariétale ou cavitaire. — Signes fournis par M. Tillaux pour déterminer son siège intra- ou rétro-péritonéal.

Caractères des tumeurs rétro-péritonéales. — Son hydro-aérique de M. Le Dentu, caractéristique des kystes du pancréas. — Mode de production de ce son.

Gonflement artificiel de l'estomac (Minkowsky et Naunyn), pour faciliter le diagnostic différentiel.

Pronostic.

Pages

CHAPITRE V. Traitement 82

Sommaire. — Idées qui naguère avaient cours dans la science sur le traitement chirurgical des kystes du pancréas. — Revirement opéré dans ces dernières années.

Résultats généraux du traitement chirurgical. — Mortalité.

Procédés opératoires. — *a*) Ponction simple : Son inefficacité, ses dangers doivent la faire rejeter.

b) Procédé de Récamier. Il doit être condamné, comme le précédent, à cause de ses dangers.

c) *Laparotomie avec incision et suture du kyste à la paroi abdominale.*

A. *Opération en deux temps.*

Technique opératoire. — Résultats. — Appréciation.

B. *Opération en un temps.*

Technique opératoire. — Suites et résultats. — Appréciation.

d) *Extirpation totale.*

Ses dangers. — Hémorragie. — Adhérences. — Blessure du côlon, de la paroi du kyste. — Collapsus. — Absence de pédicule. — Analyse des cas d'extirpation totale. — Appréciation.

Résumé du traitement.

Tableaux statistiques 110

CHAPITRE VI. Pièces justificatives 122

Sommaire. — Observations des cas de kystes pancréatiques traités par l'opération en deux temps. —

Observations des cas de kystes pancréatiques traités par l'incision en un temps. —

Observations des cas de kystes pancréatiques traités par l'extirpation totale (Observations de Bozeman, de Riedel, de Salzer, de Zukowski, de Martin).

Erratum.

Page 65, sommaire, deuxième ligne, au lieu de : trente-trois cas, *lisez :* trente-deux cas.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE